- zu effektiven Formen des Selbstschutzes und der Gegenwehr zu kommen, es ermöglichen, nicht allein Opfer der ökonomischen und politischen Repression zu sein.

Dazu sollten wir im einleitenden Plenum bis etwa 12 Uhr zunächst einmal Erfahrungen austauschen, um dann in kleineren Arbeitsgruppen genauer auf unsere Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten der organisierten Zusammenarbeit, sowie der Unterstützung betroffener Gruppen und Einzelner einzugehen.
Folgende Arbeitsgruppen sind vorgesehen:

1. Staatliche Jugendpolitik in Bezug auf Jugendzentren
Anhand eines Berichtes um die Entwicklung und Auseinandersetzungen in einem selbstverwalteten Jugendzentrum werden die staatlichen Restriktionen und Probleme der gegenwärtigen Jugendzentrumsarbeit dargestellt und diskutiert.

2. Staatliche Finanzierungspolitik und Probleme der Jugendverbandsarbeit
Hier geht es um die Analyse der Sparmaßnahmen, Umverteilungen und Beschränkungen in der politischen Jugendarbeit der Verbände und um die Möglichkeiten von Bildungsarbeitern und Jugendgruppen, emanzipatorische, interessenorientierte Ansätze gegen verbandsbornierte Ansprüche zu behaupten.

3. Maßnahmen der BAA gegen Jugendarbeitslosigkeit
Die Anstrengungen der Bundesanstalt für Arbeit, die Jugendlichen Arbeitslosen von der Straße zu bekommen, dienen eher der Verschleierung des Ausmaßes und der Ursachen von Jugendarbeitslosigkeit, als daß sie den Betroffenen wirksame Hilfe bringen könnten. Neben einer Einschätzung der Fördermaßnahmen der BAA und der Interessenkoalitionen mit Verbänden und Betrieben sollen auch Beispiele von Synthese-Projekten von beruflicher und politischer Bildung vorgestellt werden.

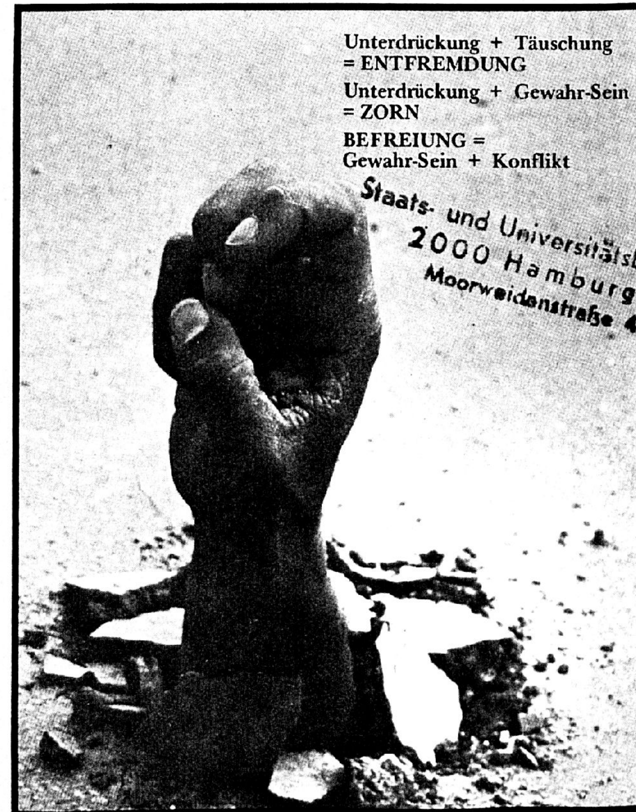
4. Erfahrungen von Arbeitsloseninitiativen
Die bisherigen Erfahrungen mit Arbeitsloseninitiativen sollen im Hinblick auf die Organisierbarkeit und Möglichkeiten der Interessenswahrnehmung von arbeitslosen Jugendlichen genauer diskutiert und Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Bereichen gesucht werden.

5. Zum Zusammenhang von gewerkschaftlicher und Jugendzentrums -Arbeit
Bislang ist die Jugendzentrumsbewegung weitgehend isoliert von der gewerkschaftlichen Jugendgruppenarbeit verlaufen, obwohl es in der Lehrlingszentrenbewegung durchaus Berührungspunkte gab und auch heute an einigen Orten ein engerer Zusammenhang besteht. Welche Erfahrungen liegen vor und wie kann eine Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen verbessert werden?

6. Betriebliche und gewerkschaftliche Auseinandersetzungen um Ausbildungsplätze und Übernahme von Lehrlingen
Die Jugendarbeitslosigkeit ist mindestens ebenso ein Problem für die arbeitenden Jugendlichen im Betrieb. Die Forderung nach qualifizierten Ausbildungsplätzen, gegen Personalabbau und für Übernahme der ausgebildeten Lehrlinge in ihrem Beruf wird nicht am Verhandlungstisch entschieden werden. Bei der gegenwärtigen Unentschlossenheit der Gewerkschaften kommt es, wie die Beispiele von BASF und MERCK zeigen, entscheidend auf die Aktivitäten der Jugendlichen im Betrieb an, ob diese Forderungen durchgesetzt werden können oder nicht.

INFORMATIONSDIENST SOZIALARBEIT

Schwerpunktthema:
ALTERNATIVE PSYCHIATRIE



14
Offenbach im Oktober 1976
Einfachnummer - Preis 4,--

Dieser Informationsdienst Sozialarbeit wird im Sozialistischen Büro von Gruppen, die im Sozialisationsbereich arbeiten, herausgegeben. Der Info dient der Kommunikation und Kooperation von Genossen, die mit sozialistischem Anspruch im Feld der sozialen Arbeit tätig sind.

Folgende Hefte sind noch erhältlich:

Heft 1:Schwerpunktthema: Fürsorgeerziehung(72 S./DM 3,--)
Heft 2:Schwerpunktthema: Sozialarbeit in Institutionen(8o S./DM 3,--)
Heft 5:Schwerpunktthema: Funktion der Sozialarbeit(1o4 S./DM 5,--)
Heft 6:Schwerpunktthema: Jugendhilferecht(72 S./ DM3,--)
Heft 7:Schwerpunktthema: Jugendhilfetag-Sozialistische Aktion(DM 4,--)
Heft 8:Schwerpunktthema: Reform und Reformismus als Problem praktischer Politik i.d. Sozialarbeit (DM 4,--)
Heft 9:Schwerpunktthema: Sozialarbeit in Jugendzentren(96 S./DM 5,--)
Heft1o:Schwerpunktthema: Knast und Sozialarbeit (64 S./ DM 3,5o)
Heft11:Schwerpunktthema: Stadtteilbezogene Sozialarbeit I (DM3,5o)
Heft12:Schwerpunktthema: Stadtteilbezogene Sozialarbeit II (DM 4,--)
Heft13:Schwerpunktthema: Jugendarbeit und Jugendarbeitslosigkeit(DM 5,--)

Herausgeber: Sozialistisches Büro
6o5 Offenbach 4, Postfach 591

Verleger: Verlag 2ooo GmbH Offenbach

Erste Auflage: Oktober 1976, 5ooo Exemplare

Vertrieb: Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4
Postfach 591, Hohe Str. 28
Postscheck Frankfurt Nr. 61o41-6o4

Preis: Einzelexemplar DM 4,--
bei Abnahme von mindestens 1o Stück 2o% Rabatt
Weiterverkäufer(Buchläden,Buchhandel) 4o% Rabatt
jeweils zuzüglich Versandkosten

Beilage: 0-Nummer von päd.extra Sozialarbeit

Verantwortlich: Redaktionskollektiv Info Sozialarbeit
Presserechtlich verantwortlich: Günter Pabst Offenbach
Druck: Hbo-druck Bensheim

INFO SOZIALARBEIT, Heft 14

INHALT

BROSCHÜREN DES SB - HERBST 1976
ALLE NEUEN UND NOCH LIEFERBAREN TITEL

VORBEMERKUNG ZU DIESER AUSGABE

Im Februar 1976 trafen sich in Göttingen rund vierzig Sozialarbeiter, Studenten, Psychologen und Ärzte, um darüber zu diskutieren, wie der INFO "Psychiatrie" aussehen sollte. Wir einigten uns auf vier Fragen, auf die die Beiträge antworten sollten:

- Welche Erfahrungen haben wir bei dem Versuch gemacht, innerhalb der Anstaltspsychiatrie eine fortschrittliche Arbeit zu machen?
- Welche Erfahrungen haben wir bei dem Versuch gemacht, eine Alternative zur Psychiatrisierung zu entwickeln?
- Welche Strategien im Umgang mit Staat und Behörden haben wir entwickelt, um alternative Modelle politisch durchzusetzen und zu stabilisieren?
- Was heißt eigentlich: in der Psychiatrie politisch arbeiten?

Diese Fragen zeigen ganz deutlich, daß die ursprüngliche Absicht, die kritische Arbeit von Sozialarbeitern in den verschiedenen psychiatrischen Bereichen darzustellen, keine große Rolle mehr spielte. Der INFO ist nun zu einer Sammlung theoretischer Texte, Erfahrungsberichten und Selbstdarstellungen geworden, die vornehmlich von alternativen, von außerinstitutionellen Projekten berichten.
Dabei hat sich ein Konzept herausgebildet, das äußerlich in der Abfolge der Texte sichtbar wird (man sollte sie auch nacheinander lesen); vor allem aber treten - ungeplant - eine Reihe von zentralen Problemstellungen hervor, die in den verschiedenen Beiträgen durchaus unterschiedlich angegangen werden, zu denen auch durchaus unterschiedliche Erfahrungen vorliegen.

Sozialarbeiter in der Psychiatrie mögen von dieser Konzentration auf außerinstitutionelle Arbeit enttäuscht sein, denn von ihren Problemen ist explizit nicht die Rede. Die Herrschaftsmechanismen Totaler Institutionen sind indessen nicht auf die Verwaltungsapparatur der Psychiatrie beschränkt: gerade die alternativen Ansätze zeigen, daß die Regeln der Herrschaftsausübung nicht nur fremdgesetzt, sondern integraler Bestandteil unserer Verhaltensmöglichkeiten, Werte und unseres politischen Selbstverständnisses sind. Es findet also in diesem INFO - obgleich es auf den ersten Blick so scheint - keine Spezialisierung auf Probleme der Psychiatrie und auf Probleme alternativer Arbeit statt; vielmehr steht das Rollenverständnis linker Sozialarbeiter zur Debatte. Die Moral dieses INFO: politisch verstandene Sozialarbeit ist zuallererst Arbeit an meinem eigenen Verhalten gegenüber dem "Klienten". Hätten wir uns wieder nur mit Anstaltspsychiatrie beschäftigt, wäre wieder nur die Objektivität, die Anstalt oder sonst was Äußerliches schuld.

Die Entwicklung und Verankerung alternativer, selbstorganisierter Berufstätigkeit ist im Bereich psychiatrischer Arbeit offenbar weiter

fortgeschritten als in anderen Bereichen der Sozialarbeit. Auch im Ausland ist die Psychiatrie der vornehmliche Bereich der Entwicklung von alternativen oder Selbsthilfezentren. Das ist aktuell von Bedeutung, seit auf dem Frankfurter Pfingstkongreß "Rotarbeit" proklamiert, zur Bildung alternativer Berufsstrukturen aufgerufen wurde. Dennoch bieten die Texte nur wenig "technische Hilfe". "Alternative Berufspraxis" ist immer noch zu oft ein studentischer Traum; aber die Zeiten für Reformmodelle sind schlecht und der Widerstand der Sozialadministration härter denn je. Wieviel Cleverneß, Kenntnisse, Durchhaltevermögen, wieviel Arbeit an der eigenen Existenzangst, Auseinandersetzung mit dem prekären politischen Status solcher Projekte notwendig ist, kommt im Ganzen des INFO zu schwach zum Ausdruck.

Damit hängt ein charakteristisches Paradox zusammen. Wer alternative Arbeit aufbauen will, darf nicht blauäugig, er muß ein Profi sein. Er muß sich auskennen mit den Anerkennungs- und Finanzierungsinstanzen, mit Öffentlichkeitsarbeit und Bündnispolitik - zugleich aber muß er authentisch die antiinstitutionellen Interessen und Bedürfnisstrukturen vertreten können, das heißt: doch wieder kein Profi sein. Er muß dem "Klientel" des alternativen Projekts gegenüber eine Identität finden, die personal und nicht abstrakt-fachmännisch ist, er muß also offen und selbstreflexiv arbeiten. Was Herbert Nagel über seine Probleme mit "Klienten" in der Sozialtherapie Frankfurt schreibt, mag wahrlich nicht nur ihm so gehen: "Ich behandelte ein Problem des anderen, während er vielleicht einfach ... mit mir kommunizieren wollte." Diese Paradoxie, professionell sein zu müssen - zugleich aber sich auf die Personen, die ins Zentrum kommen, einlassen zu können: das ist besonders bei politischen Absichten schwer zu lösen. Bleibe ich mit dieser Definition des Problems nicht immer auf einer interpersonellen Ebene stecken? Was muß ich tun, wenn ich weiß, daß gesellschaftliche Gewalt eben nicht mit der Auflösung interpersoneller Krisen und Verständigungsbarrieren sich verflüchtigt? Man möchte manchmal einfach aufstehen und den Leuten sagen, was Sache ist, was sie tun sollen, was dran ist...

Alle diese Probleme werden in diesem INFO keineswegs gelöst, zweifellos aber diskussionsfähig gemacht und einen Schritt weiter, das meinen wir schon, geklärt.

Dieser INFO SOZIALARBEIT ist in Abstimmung mit dem Arbeitsfeld Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro entstanden; demnächst erscheint im INFO GESUNDHEITSWESEN ein eigenes Heft zum Thema "Psychiatrie". Dieser INFO ist nicht von einer AKS-Gruppe erstellt worden (wie die meisten anderen Nummern), sondern von einer Mehrzahl von Einzelpersonen und Gruppen, die fast ausnahmslos zum ersten Mal mit dem Sozialistischen Büro zusammengearbeitet haben.

Bernhard Achterberg
Michael-Sebastian Honig

Bodo Hager:

SOZIALE UND POLITISCHE ASPEKTE DER PSYCHIATRIE

Die starke Zunahme psychischer Krankheiten und Behinderungen, (Der Ausdruck "psychische Krankheiten" soll an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden.) sowie die öffentlich zugegebene Vernachlässigung der Psychiatrie stellen ein wachsendes sozial- und gesundheitspolitisches Problem dar (vgl. Präambel zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Bonn 1975, S. 4). Es wird verstärkt durch die Tatsache, daß die Psychiatrie fast ausschließlich medizinisch bzw. chemotherapeutisch orientiert ist, während die gesellschaftspolitischen und menschlichen Aspekte der psychiatrischen Behandlung nur geringe Bedeutung erlangt haben. Die offenkundigen Lükken im präventiven Bereich psychischer Hygiene, den komplementären Diensten und gemeindenahen Beratungsstellen (besonders für die Randgruppen und die ländliche Bevölkerung) und die fast ausschließlich kurative, von den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Patienten abstrahierende Betreuung weisen auf eine Unter- und Fehlversorgung in diesem Sektor des Gesundheitswesens hin.

Innerhalb der Institutionen der Psychiatrie ist ein "gesellschaftsbezogenes psychiatrisches Denken und eine kritische Überprüfung und Veränderung der therapeutischen Methoden und der bestehenden Organisationsformen" (vgl. § 3 der Satzung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP)) weitgehend abhängig von dem Engagement der Pfleger und Ärzte, die in den psychiatrischen Institutionen unmittelbar auf die Patienten einwirken.

Die disziplinierende Funktion der Psychiatrie hat eine lange Tradition. In Zeiten zugespitzter politischer Kämpfe, wenn sich die herrschende Klasse bedroht fühlt, ja schon im Gerangel bürgerlicher Parteien, wird die Psychiatrie bzw. die psychiatrische Terminologie als politische und ideologische Waffe mit dem Ziel eingesetzt, die Glaubwürdigkeit und Ernsthaftigkeit des Gegners, das heißt: ihn als Person zu zerstören.

Unter sozialpsychologischen Gesichtspunkten ist der Begriff der Randgruppe unter dem Abgrenzungs- und Ausstoßungsbedürfnis der Mehrheit zu betrachten. Die Grenze zwischen der Gesellschaft und der Randgruppe der psychisch Kranken wird nicht nur durch die Stellung im Produktionsprozeß gezogen, sondern vor allem im Vorurteil der Ausgrenzenden.
Die Psychiatrie ist ebenfalls wie die Sozialfürsorge eine gesellschaftliche Dienstleistung mit ausgeprägter bewußter Individualisierung der Klientel. Als Wissenschaft entwickelte die Psychiatrie ihre Theorien unter den Bedingungen der Totalen Institution Irrenhaus, das heißt: unter Ausklammerung der Lebenszusammenhänge der Patienten. Daß nicht somatische, sondern psycho-soziale Faktoren krank machen, ist von der Psychiatrie bisher kaum zur Kenntnis genommen worden.

Der steigende Anteil der "Alterspsychotiker und Alterssenilen" in den psychiatrischen Kliniken straft offenkundig das rehabilitative Selbstverständnis der Psychiatrie Lügen und läßt sie vielmehr als eine gesellschaftliche Instanz zur Selektion und Kontrolle der nicht selten durch den Produktionsprozeß unbrauchbar gewordenen Individuen erscheinen, die als moralisch minderwertiges Gut zu möglichst geringen Unkosten verwahrt werden. Das Prinzip der Verwahrungsfürsorge ist charakteristisch für die deutsche Anstaltspsychiatrie.

Das nach wie vor bestimmende Paradigma in der Psychiatrie geht weitgehend von einem Krankheitsbegriff der "gestörten Leistung des Organismus" aus. In den letzten fünfzehn Jahren sind Untersuchungen durchgeführt worden (etwa die Midtown Manhattan-Study; die Mannheimer Studie), die einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen und seelischen Erkrankungen, insbesondere bei unteren sozialen Schichten, aufweisen konnten. Es wird hervorgehoben, daß die Diskriminierung und Benachteiligung dieser Schichten in der gesundheitlichen und wohlfahrtsstaatlichen Betreuung auch in der Krankheit ihren weiteren Verlauf nimmt und diese schließlich zu einer unabänderlichen Verschlechterung seelischer Gesundheit führt.

Das medizinische Krankheitsmodell schlägt aber auch den Erfahrungen ins Gesicht, die der Arzt, der Krankenpfleger und der Sozialarbeiter mit dem Elend der rechtlosen Patienten in den Anstalten machen. Gerade die Sozialarbeiter, die in der Psychiatrie bislang unterrepräsentiert sind, müßten von ihrem Fachverständnis her am ehesten die Misere der psychiatrischen Versorgung kritisieren. Sie könnten fachliche wie politische Forderungen für eine Psychiatrie im Interesse der großen Mehrheit der Bevölkerung erheben.

Die Patienten in den psychiatrischen Kliniken sind weitreichenden Regulations-, Bestrafungs- und Belohnungsregeln unterworfen. Kluge bezeichnete den Prozeß der sozialen Kontrolle der Patienten als eigentliche "Psychiatrisierung" oder als "brutale Realität". Da unter diesen Umständen die psychischen Erkrankungen im günstigen Fall nur in die Latenz gedrängt werden und die Patienten bei geringfügigen psychischen und physischen Belastungen außerhalb der Anstalt sehr bald in diese zurückkehren, ist der Ausdruck "Drehtürpsychiatrie" gerechtfertigt (vgl. Enquête zur Lage der Psychiatrie in der BRD - Zwischenbericht der Sachverständigenkommission vom 19. Oktober 1973; ferner Materialien 9 & 10 des Bundesministeriums für Jugend, Familie und GEsundheit (BMJFG) , Stuttgart 1973). So rufen die Isolation der Patienten in künstlicher Passivität, Monotonie und Abhängigkeit den größeren Schaden in der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur hervor. Die weitere Folge der zwangsweise eintretenden Hospitalisierung ist zweifellos eine schrittweise Entsozialisierung. Der Psychiatrieenquête ist zu entnehmen, daß über 30 % der Patienten länger als zehn Jahre in der Anstalt bleiben und lediglich 9 % die Institution innerhalb von zwei Jahren wieder verlassen. Kritische Psychiater bekennen heute freimütig, daß der chronische Verfall sogenannter "Psychotiker" mit Sicherheit als ein "Kunstprodukt der Psychiatrie" zu werten ist (Richter, Horst-Eberhard: Lernziel Solidarität. Reinbek 1974,S. 239).

Die Totale Institution Irrenhaus bedient sich eines Kommunikationssystems, das die verschiedenen Berufsgruppen in einer hierarchischen

Ordnung und nach Funktionen voneinander isoliert. Unter diesen Umständen wird die Behandlung der Patienten durch ein therapeutisches Team unmöglich, da ein demokratisches und kooperatives Arbeiten verhindert wird. Dabei spielt die uneingeschränkte Machtposition der medizinischen Berufe eine wesentliche Rolle. Neben dem Prinzip der hierarchischen Gliederung ist noch das ausgeprägte Bestreben der Institutionsführung nach Sicherheit und Ordnung zu nennen.
Da Sicherheit und Ordnung, sowie das reibungslose Funktionieren auf der einen Seite, und menschliches Handeln gegenüber den Patienten auf der anderen Seite ganz unterschiedliche Erwartungen und Handlungsweisen hervorrufen müssen, sind Rollenkonflikte und Identifikationsschwierigkeiten mit der Institution die Folge. So müssen die professionellen Ziele und Werte in einer ständigen Auseinandersetzung gegen die patientenfeindliche Struktur der Institution durchgesetzt werden. Langfristig führt dies zu einer Kräfteverzehrung, Abwertung nd Umdefinition der sozialpädagogischen und therapeutischen Maßnahmen zugunsten des Sicherheits- und Ordnungsprinzips der betreffenden Einrichtungen.

Dieser Konflikt bedeutet erhebliche Verhaltensunsicherheiten, psychische Belastungen und Enttäuschungen, die durch die wenigen positiven Erfahrungen im Praxisbereich kaum aufgewogen werden. Wie gravierend dieses Problem ist, macht sich in der Anstaltspsychiatrie durch die hohe Zahl unbesetzter Stellen und durch die starke Fluktuation des Personals bemerkbar.

Eine demokratisierende Berufspraxis in den Institutionen der psychiatrischen Versorgung kann daher nur dann einen Sinn haben, wenn sie das spezielle Aktionsfeld der Anstaltspsychiatrie überschreitet. Dies hieße aber auch: sich nach "unten hin" zu solidarisieren, die Diskriminierung der Schwächsten mitzutragen und dem Druck der gesellschaftlichen Kräfte, die den sozialen Randstatus der psychisch Kranken bewirken und festigen, auch politisch entgegenzutreten.



Gerhard Kafitz:

DOSSIER ZUR PSYCHIATRIE–ENQUETE

Nach mehr als vierjähriger Arbeit hat eine vom Deutschen Bundestag eingesetzte Kommission die "Enquête zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" vorgelegt. Die Veröffentlichung hat eine erhebliche Resonanz in der Presse gefunden: der skandalöse Zustand der psychiatrischen Versorgung und die Massenhaftigkeit psychischen Elends wurde zum ersten Mal in großem Maß publik. Dennoch ist die Enquête voller widersprüchlicher Tendenzen; vor allem hat sich letztendlich die traditionelle Psychiatrie dorch gegen die psychotherapeutischen Bestrebungen behaupten können. Der Text will die Enquête zum Zwecke eigener Lektüre mit dokumentarischem Material strukturieren. Eine empfehlenswerte Lesehilfe für das massige Werk geben A. Finzen und H. Schädle-Deininger in der Reihe "Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie" (Heft 15, 128 Seiten, 4.- DM; Vertriebsanschrift: Südstraße 25, 3050 Wunstorf, H. Schädle-Deininger).
Die folgende Dokumentation hebt vor allem auf die Entstehung und die wesentlichen Aussagen der Enquête ab, legt das besondere Augenmerk jedoch auf die nach wie vor problematische Fassung der Begriffe "Krankheit" und "Therapie".

Entstehung der Enquête

Am 5. März 1970 brachten die Abgeordneten Picard u.a. und die Fraktion der CDU/CSU ihren Antrag zur "Situation der Psychiatrie in der BRD" ein mit einer sehr differenzierten Begründung und klaren Forderungen (Dezentralisierung, Regionalisierung, Behandlungsmedizin, Sozialpsychiatrie als Kernpunkte der Psychiatrie, soziale Verkrüppelung in psychiatrischen Krankenhäusern abschaffen) und dem Vorschlag, den Antrag an den Gesundheitsausschuß zu überweisen. Dieser Ausschuß sollte eine Anhörung von Psychiatern aus dem Bereich der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, der Universitätskliniken und aus der Verwaltung vornehmen, um die Untersuchung abzugrenzen und um die Möglichkeit der personellen Zusammensetzung einer Kommission zu erörtern, die diese Untersuchung nun vornehmen kann. (Antrag der Abgeordneten Picard u.a. und der Fraktion der CDU/CSU zur "Situation der Psychiatrie in der BRD", Drucksache VI/474, in: Sozialpsychiatrische Informationen 10/11-1972, S. 17-19. Begründung des Antrags S. 19-42.)

Am 3./4. April 1970 fand in der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg ein sozialpsychiatrischer Kongreß mit dem Leitthema "Rückkehr der psychisch Kranken in die Gesellschaft?" statt, der die Geburtsstunde des "Mannheimer Kreises" war. (Dörner/Plog: Sozialpsychiatrie. Neuwied 1972)

Am 18.1.71 wurde die "Aktion psychisch Kranke" gegründet, ein Verein zur Reform der Versorgung psychisch Kranker. Die Aktion hat das Schwer-

gewicht ihrer Arbeit in unmittelbarer Wirkung im parlamentarisch-politischen Feld, wobei sie auch auf der Ebene der Länderparlamente aktiv werden und Kontakte zu den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und den freien Krankenhausträgern herstellen will. Der Aktion wurde die gesamte organisatorische Vorbereitung und Durchführung der Enquête übertragen. (In den Heften der Zeitschrift "Sozialpsychiatrische Informationen" (zitiert als SozpsInfo) sind Vorgeschichte und Hitergründe der Enquête, Zusammenfassung und Arbeitsweise der Sachverständigenkommission dargestellt worden. Die Zeitschrift erscheint seit 1971 und wird von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie sowie Mitarbeitern des Mannheimer Kreises gestaltet.)
Die konstituierende Sitzung der Sachverständigen-Kommission fand am 31.8.71 in Bonn statt. Zu der Zusammensetzung der Sachverständigen-Kommission meint die Redaktion der "Sozialpsychiatrischen Informationen":
Wie diese Liste der Kommissionsmitglieder eigentlich zustande kam wird wohl immer das Geheimnis einiger weniger bleiben. Ist ein solches Übergewicht der Universitätspsychiatrie zu rechtfertigen? Müssen in einem solchen Gremium Psychiater wirklich unter sich bleiben, sind sie für alle Fragen "Sachverständige"? Wo bleiben die Psychologen, Soziologen, Pädagogen, Verwaltungsfachleute und Rechtsexperten, die selbst in den Arbeitsgruppen kläglich repräsentiert sind? Was für eine Funktion hat die einzige Nichtakademikerin und einzige Frau in dieser Kommission? Gab es für den gesamten Pflegebereich, der mit der Versorgung psychisch Kranker doch viel unmittelbarer als Ärzte konfrontiert ist, wirklich keine qualifizierte Sachverständigen, die der Bundestag und sein Ausschuß doch offenbar gefunden hatte, wenn er die zweite Hälfte der Anhörungen mit eben solchen nichtärztlichen psychiatrischen Mitarbeitern bestritt?
Am 19.10.1973 wurde als Drucksache 7/1124 des Dt. Bundestages der Zwischenbericht der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD veröffentlicht. (Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD; Drucksache 7/1124 des Deutschen Bundestages, in: SozpsInfo 19-1974, S. 33-36.)

Zu dem Konflikt zwischen der AG "Psychotherapie" und der Sachverständigen-Kommission: vom Erscheinen des Zwischenberichts bis zum Hauptbericht

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) richtete am 10.11.1973 ein Schreiben an das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG). Dort heißt es u.a.:
"Wir sind zutiefst beunruhigt, daß die zahlenmäßig stärkste Gruppe von psychisch Kranken, die man als psychoneurotisch und psychosomatisch Kranke bezeichnet, in der Enquête erschreckend unzulänglich berücksichtigt worden ist. Diesen eklatanten Mangel unter Beibehaltung des gegenwärtig verbindlichen Organisationsplanes der Enquête noch beheben zu wollen, halten wir für ausgeschlossen, da dieser Versorgungsbereich in der Sachverständigen-Kommission personell und sachlich unzureichend vertreten ist."

Die Initiative der DGPPT wurde vom Vorstand der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie unterstützt. Zu Beginn des Jahres 1974 wurden die Arbeitsgruppen "Psychotherapie/Psychosomatik" konstituiert und nahmen ihre Tätigkeit auf. Es wurde im Laufe des Jahres zunehmend die Gefahr sichtbar, daß sich die zwei Teile (Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik) im Hauptbericht ihrem Inhalt nach nicht zu einem in sich geschlossenen widerspruchsfreien Bericht würden zusammenfügen lassen. Die Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums (BMJFG) erklärten Anfang 1975 mit Nachdruck, daß der Deutsche Bundestag als Auftraggeber einen in sich bündigen, widerspruchsfreien Bericht erwarte. Es soll nicht verschwiegen werden, daß der Einigungsprozeß gelegentlich am seidenen Faden hing. Schließlich kam man zu der Überzeugung, daß es möglich sein müßte, den Hauptbericht in seiner Gesamtheit zu harmonisieren.

Wichtige Aussagen der Enquête

1. Grundforderung

"Die Sachverständigen-Kommission hat bereits im Zwischenbericht mit Nachdruck gefordert, daß die Beseitigung grober inhumaner Mißstände unbedingt jeder Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter vorauszugehen hat. Sie hält es für selbstverständlich, daß in den vorhandenen Einrichtungen für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ein ausreichender Standard zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse gewährleistet ist. Dazu gehören ausreichende sanitäre Ausstattungen, ein ausreichender Bereich für das persönliche Eigentum und die persönliche Kleidung sowie eine Inneneinrichtung, die den heutigen Ansprüchen einer Krankenhausunterbringung entspricht." (Enquête, S. 408)

2. Rahmenbedingungen einer Neuordnung der Versorgung

"Die Sachverständigen-Kommission ist der Ansicht, daß folgende Prinzipien den Charakter von Rahmenbedingungen besitzen:
Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung;
das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten;
das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste;
das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken." (Enquête S. 408)

3. Zum Bedarf

"Die Charta der Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung." ... "Wie Untersuchungen aus den USA und Kanada gezeigt haben, könnten - nach dieser Definition - nur rund 20 % der Erwachsenen-Bevölkerung als gesund bzw. als beschwerdefrei bezeichnet werden." (Enquête S. 66)

"Erhebungen über den Anteil verhaltensauffälliger, leistungsbeeinträchtigter und behinderter Kinder und Jugendlicher liegen in grösserem Umfang nur für das Schulalter vor. Sie stimmen darin überein, daß bei 20 - 25 % aller Schulkinder Auffälligkeiten vorhanden sind, die zumindest in irgendeiner Form einer Klärung bedürfen.
In einer Untersuchung von Kohlschein über die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen im Schulanfängerjahrgang einer Großstadt wurde festgestellt, daß 16,3 % im Laufe des ersten Schuljahres erheblich auffällig waren. 6,0 % vom Schulbesuch zurückgestellt und 8,7 % einer Sondereinrichtung zugeführt wurden." (Enquête, S. 235).

4. Die gegenwärtige Versorgung

Die Bestandaufnahme und Analyse der gegenwärtigen Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der BRD zeigt die katastrophale Unterversorgung in diesem Bereich des Gesundheitswesens auf.

A. Finzen, ein Mitglied des "Mannheimer Kreises", veranschaulicht diese Aussage:
"Betrachten wir unter diesem Gesichtspunkt noch einmal die Realität der psychiatrischen Krankenversorgung in unserem Lande, die brutale Realität, wie E. Kluge (in: Psychiatrische Praxis 1, 1974, S. 130 - 132) *sie genannt hat",* (ein Ausdruck, den auch das MdB Picard übernimmt) *"und überlegen wir uns dabei, was alles hinzunehmen wir im Alltag unserer Praxis gelernt haben. Was bedeutet es etwa,*
- wenn Hartmann und Meyer (in: Nervenarzt 46, 1974, S. 1 - 8) berichten, daß ein Großteil der dauernuntergebrachten Schizophrenen, die noch während des letzten Jahrzehnts aufgenommen sind, nie einer ernstlichen konsequenten und intensiven Behandlung unterzogen worden sind? Wäre das auf irgendeinem Gebiet der Körpermedizin vorstellbar?;
- wenn Hartmann (Habilitationsschrift 1974) und Schulte (Bundestagsdrucksache, 474/17, 1970) übereinstimmend feststellen, daß rund die Hälfte der schizophrenen Langzeitpatienten überwiegend aus sozialen Gründen in der Anstalt verbleiben? Warum ausgerechnet im ohnehin überfüllten psychiatrischen Krankenhaus? Warum dort meist auf geschlossenen Stationen?;
- wenn Rempp (Werkstattschriften UNK Tübingen 1/1974) feststellt, daß 95 % aller geriatrischen Patienten, die in ein 70 km entferntes Psychiatrisches Großkrankenhaus verbracht wurden, dort innerhalb von 3 Monaten verstarben, ein Drittel davon in weniger als 10 Tagen?;
- was bedeuten die großen Säle, die unwohnlichen Tagesräume, die Abschneidung von jedem Besitz, auch von Gegenständen des täglichen Bedarfs und eigener Kleidung, die zahlreiche chronisch Kranke immer noch hinnehmen müssen? (s. Foudraine: Wer ist aus Holz? München 1973);
- was bedeutet die unausgefüllte Leere des Tagesablaufs der langfristig hospitalisierten Patienten in den meisten unserer Krankenhäuser?;
- und was bedeutet es letztlich, daß die Psychiatrischen Großkrankenhäuser in unserem Lande zum großen Teil nur deshalb funktionieren, weil ihre Patienten für sie arbeiten - Arbeitstherapie nennen wir das." (Finzen: Zur Kritik an der Psychiatrie: Politik mit psychisch Kranken, Reformkosmetik statt Strukturreform, in: SozpsInfo 24-1974, S. 9ff.)

5. Die nicht-stationäre fachliche Betreuung

Über diesen Bereich gibt es bei der 'Bestandsaufnahme' der Enquête wenig zu berichten. Der Teil B der Enquête "Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter" (Enquête S. 189-317) liefert einen Orientierungsrahmen für die künftige Versorgung.

Es werden beschrieben:
- allgemeine nichtprofessionelle und professionelle Beratung,
- Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben,
- der praktische Arzt und der Arzt für Allgemeinmedizin,
- ambulante Dienste,
- stationäre und halbstationäre Dienste,
- komplementäre Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte, beschützende Wohngruppen und Wohnungen, Familienpflege, Tagesstätten, Patientenclubs),
- spezielle rehabilitative Dienste,
- Behindertenzentren,
- Versorgung besonderer Altersgruppen (Versorgung psychisch auffälliger, gestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher; Versorgung psychisch kranker alter Menschen),
- Versorgung geistig Behinderter;
- Dienste für spezielle Patientengruppen (Suchtkranke, Suicidgefährdete, psychisch kranke Straftäter, Epilepsie-Kranke, Hirnverletzte, Nichtseßhafte),
- Psychotherapeutisch-psychosomatische Dienste,
- Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geographischen Bereichen,
- Koordination und Planung.

Besonders wichtig erscheinen die Ausführungen über die "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft" (Enquête S. 311 f.), die H.E. Richter in seinem Buch "Flüchten oder Standhalten" ausführlich referiert.

Kritische Einschätzung der Enquête

1. Positive Aspekte

- Bestandsaufnahme der katastrophalen Lage der psychisch Kranken und Behinderten in der BRD geleistet;
- Bedeutung von Sektorisierung (Standardversorgungsgebiet) und "therapeutischen Ketten" (Beratung, ambulante Dienste, komplementäre Dienste ,halbstationäre, stationäre, rehabilitative Dienste) aufgezeigt;
- Fülle von Informationen im Anhang (Untersuchungen, Gutachten, Informationsreisen, Anhörungen);
- einzelne Punkte wie: Argumente gegen kustodiale, passivierende Psychiatrie (Enquête S. 19) und Beschreibung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften (Enquête S. 311).

2. Kritische Einwände

Die Tatsache, daß nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation nur 20 % der Bevölkerung als gesund zu bezeichnen ist (Enquête S.66), daß 31 % der Schulanfänger als verhaltensgestört bzw. leistungsgestört zu bezeichnen sind (Enquête S. 235), und daß 50 % der Patienten,

die zum praktischen Arzt kommen, "funktionelle Störungen" aufweisen, wird der Definition von "Gesundheit" angelastet, da das medizinisch-psychiatrische Versorgungssystem diese Patientenmassen nie verkraften könne.

Vorschläge zur psychohygienischen Versorgung fehlen weitgehend.

Es wird zum Ausdruck gebracht, daß durch Sektorisierung und "therapeutische Ketten" die Lage der psychisch Kranken und Behinderten entscheidend verbessert werden könne.
Erich Wulff meint, daß *"ohne daß die Therapeuten sich dessen bewußt werden, sich ihre therapeutischen Ziele oft auf die Dimensionen von Angepaßtheit und Devianz einengen, ihre therapeutischen Maßnahmen auf Verhaltenskontrolle"* und weiter: *"eine Alternative kann auch ich ihnen heute nicht anbieten. Um sie überhaupt ausarbeiten zu können, ist als erstes eine kritische Distanz zur eigenen Praxis notwendig. Je wirksamer und unangefochtener die terminologischen Rechtfertigungen sind, desto unproduktiver wird die Konfliktdynamik psychiatrischer Reformen. Statt sich mit Begriffen zu beruhigen, gilt es vielmehr, Situationen herbeizuführen, die die genannten Widersprüche offenlegen und bis zur Unerträglichkeit verschärfen"* (Erich Wulff: Therapeutische Gemeinschaft und Sektorprinzip - Konflikte bei psychiatrischen Reformen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 1, S. 43 - 53, Argument-Verlag 1976)

Das ärztliche Monopol der Behandlung psychischer Störungen blieb im wesentlichen unangetastet, es wurde auf Fachpsychotherapeuten ausgeweitet. Das medizinische Mandat (das die in der Bestandsaufnahme genannten katastrophalen Zustände getragen hat) wird zum therapeutischen Mandat. Was "Therapie" ausmacht, wird nicht gesagt.
Bauer sagt dazu: *"Mehr Personal wird von allen Seiten gefordert und besser ausgebildet soll es zudem sein. Wie dieses Personal ausgebildet sein sollte und von wem und welche Berufsgruppen welche therapeutischen Aufgaben wahrzunehmen haben, darüber liegt man jedoch schon wieder im Streit. Kommt man gar erst zu der Frage, was psychiatrische Therapie nun eigentlich sei und welches Ziel man mit ihr verfolge, wird der Dissens fast total und selbst kleine gemeinsame Nenner können zwischen den Beteiligten nur noch schwer gefunden werden."* (Bauer: Zur gegenwärtigen Lage der Psychiatrie in der BRD, in: Neue Praxis 1/1975, S. 25-35)

3. Perspektiven

Gesundheitswesen, Pädagogik, Sozialarbeit und Jugendhilfe können aus der Enquête lernen. Sektorisierung, "therapeutische Ketten", Kooperationsformen im Sinne des Teams werden auch dort gefordert:
"Alle Forderungen und Hoffnungen, die auf eine angemessene planmässige Gestaltung sozialer Hilfen zielen, bleiben damit utopisch; ja, die schwierigsten Aufgaben werden vielfach den unzulänglichsten Kräften überlassen, wofür die Heimerziehung, der Strafvollzug und die psychiatrische Versorgung die peinlichsten Belege bieten. Statt des Ausgleichs sozialer Ungleichheit scheint die Erhaltung gesellschaftlicher und persönlicher Unterprivilegierung die der Sozialarbeit gestellte Aufgabe zu sein". (Hans Eyferth: Chaos als System? Zur Lage der Sozialpädagogik und Sozialarbeit, in: Neue Praxis 2/1976, S. 87 ff.)

Auf der Basis der in der Enquête erarbeiteten Vorschläge müßte eine Kooperation dieser Praxisfelder einsetzen, um konkrete Vorstellungen über Planungs- und Leitungsfunktionen zu erarbeiten.
Notwendig ist auch die Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft ÖTV, die 1972 eine 14-seitige "Stellungnahme zur Versorgung der seelisch Kranken und der geistig Behinderten" veröffentlicht hat und darin u.a. die Forderung nach Umgestaltung der Psychiatrischen Großkrankenhäuser und den Aufbau einer bevölkerungsnahen psychiatrischen Krankenversorgung gefordert hat. Die ÖTV sagt darin: " Die Gewerkschaft ÖTV will mit dieser Stellungnahme einen Beitrag leisten zu einer baldigen und grundlegenden Reform der Versorgung der seelisch Kranken und der geistig Behinderten. Sie bietet allen, die bereit sind, dieses Ziel zu unterstützen, ihre Mitarbeit an..."

Daß 10-12 % der Bevölkerung eine fachliche Betreuung benötigen, ist nicht auf die Mängel des medizinisch-therapeutischen Versorgungssystems zurückzuführen. Es ist notwendig zu analysieren, weshalb Familie, Schule, Sozialarbeit und Psychiatrie den riesigen Bedarf nicht bewältigen können, bzw. produzieren. Vor allem muß eine breite Diskussion über den "Therapie-Begriff", die Rolle der "professionellen Helfer" einsetzen, damit technokratische Lösungen verhindert werden, wo unter dem Deckmantel "Therapie" sublimere Unterdrückung fortgesetzt werden kann.

Meines Erachtens ist eine einheitliche abschließende Würdigung der Psychiatrie-Enquête kaum möglich. Dem Durchbruch zu dem Konzept gestaffelter gemeindenaher und vor allem ambulanter Dienste steht die kurzatmige Fortschrittlichkeit eines psychosomatischen Ansatzes gegenüber, der als Einzelfallhilfe der nervenärztlich-stationären Behandlung, gegen die man sich eben noch wandte, doch zu ähnlich ist. Was Gemeindepsychiatrie im vollen Sinne dieses Ausdrucks heißten müßte, ist zu teuer und erforderte auch wohl zuviel Änderung im herkömmlichen medizinischen Versorgungs- und Hierarchiesystem.

Für dieses widersprüchliche Bild symbolisch ist die äußere Gestalt der Enquête: ein Monstrum von weit mehr als 1 000 Seiten, in dem viele höchst wichtige und aufschlußreiche Analysen, Informationen und Stellungnahmen zu lesen sind - nur: wer wagt sich an die massiven Bände überhaupt heran? So kann der Impetus, der durchaus in dieser Enquête sich niedergeschlagen hat, mangels Leserschaft nicht einmal bekannt, geschweige denn wirksam werden.

AREZZO – BERICHT VON EINER REISE

Den folgenden Text entnahmen wir dem FS-Info Psychologie der Uni Konstanz. Der Autor war leider nicht zu erfahren. Ursprünglich war ein weit umfangreicherer Teil mit Informationen aus der Entwicklung in Sachen "Antipsychiatrie" in Frankreich, Belgien, Niederlande, Italien, Groß-Britannien und USA geplant. Das war aus Platz- und z.T. Arbeitsgründen nicht möglich. Geblieben sind Hinweise auf England in den Texten von B. Achterberg und U. Eßbach-Kreuzer, und eben dieser Text, dessen Informationen doch für Vergleich und Verallgemeinerung besonders geeignet erschienen.

In Italien gibt es seit Beginn der sechziger Jahre eine Bewegung, die sich in der Zwischenzeit zur beständigsten Herausforderung traditioneller Psychiatrie entwickelt hat: die Demokratische Psychiatrie. Während bei uns vorwiegend theoretisiert wird (abgesehen von beschränkten praktischen Versuchen, siehe z.B. Psychiatrische Praxis, Heft 1, 1975) und grundsätzliche Alternativen von der Staatsgewalt verhindert werden (siehe die Geschichte des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg), entwickelt sich in gewissen Regionen und Provinzen Italiens eine umfassende soziale Psychiatrie, die nicht mehr nur als vorläufiges Experiment bezeichnet werden kann. Ihre Erfolge können nicht einer anfänglichen B geisterung irgendwelcher Pioniere zugeschrieben werden, wie Basaglia (vgl.: Die negierte Institution, Frankfurt 1968) einer war; es geht um mehr. Die bedeutendsten Zentren der Bewegung sind zur Zeit die Städte Triest, Arezzo, Ferrara und in der Region Emilia-Romagna zu finden. Während der Semesterferien war ich drei Wochen in Arezzo (Mittelitalien, Region Toscana); ich möchte hier kurz über meine Erfahrungen berichten.

Einige Daten zur Klinik

Die Gesamtzahl der Patienten des Provinzkrankenhauses Arezzo liegt bei ca. 400 (Stichtag 10.3.1976: 401; 171 Frauen, 230 Männer). Die Betreuung erfolgt durch 13 Ärzte, vier Sozialarbeiter und insgesamt 300 Pfleger (incl. Teilzeitkräfte). Die Zahl der in der Klinik tatsächlich anwesenden Pfleger beträgt pro Turnus ungefähr 45; daraus läßt sich ableiten, in welch großzügigem Ausmaß den Pflegern Erholung zwischen den Dienstzeiten zugestanden wird. Tagsüber stehen einem Pfleger acht Patienten gegenüber (von der Gesamtzahl sind jene vierzig abzuziehen, die in sogenannten "Familienhäusern" leben). Die Patienten sind getrennt geschlechtlich in insgesamt acht Häusern, die sich über ein sehr weitläufiges Areal verteilen, untergebracht. In fünf Häusern leben Langzeitpatienten (Mindestaufenthalt ein Jahr, Zahl 1975: 363), die drei anderen übernehmen Kurzzeitpatienten und

die ambulante Behandlung. Einer Statistik des Jahres 1975 kann man folgende Zahlen entnehmen: Durchschnittsalter Männer 49,7 Jahre, Frauen 55,4 (73,9 % der Langzeitpatienten sind über 45 Jahre alt). Durchschnittsaufenthalt Männer 18,6 Jahre, Frauen 22,1 (50 % der Langzeitpatienten leben schon zwischen 16 und 30 Jahren in der Anstalt). Soziale Zusammensetzung (sämtliche Patienten, 1973): Bauern 22,6 %, Arbeiter 26,1 %, Hausfrauen ("casalinghe", d.h. Frauen ohne Berufsausbildung) 24,4 %, Arbeitslose und Invaliden 15,3 %, Pensionierte 2,9 %, Freiberufliche 0,8 %, übrige 7,2 %. Die psychiatrische Klinik in Arezzo (Stadt ca. 80 000 Einw.) ist die einzige in der von der Koalition der Kommunistischen und Sozialistischen Partei geführten gleichnamigen Provinz (ca. 230 000 Einw.). Es handelt sich somit nicht um eine "Eliteklinik", deren Reformarbeit etwa durch die Selektion der Patienten ermöglicht würde.
Die Zielsetzungen der Demokratischen Psychiatrie und zugleich ihr Beitrag zur Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse sind: Verhinderung des institutionellen Ausschlusses, Bekämpfung der Ideologie, die ihn trägt und Auslösung des Befreiungsprozesses all derer, die von ihm betroffen oder bedroht sind.

Abbau der Institution

Um langfristig den Ausschlußprozeß zu verhindern, müssen vorerst einmal die offenen und versteckten Gewalt- und Machtmechanismen, die im traditionellen Verständnis aus dem Zweck der Anstalt abgeleitet werden, tatsächlich aber in erster Linie ihren Fortbestand garantieren (Teufelskreis: Entmündigung der Patienten - Führungsanspruch der Institution), analysiert und bekämpft werden. Konkret bedeutet dies in Arezzo:
- Absoluter Verzicht auf physische Gewalt: Isolierzellen, Zwangsjacken, Bettriemen wurden abgeschafft;
- Ablehnung der üblichen Versetzung von einer "fortgeschrittenen" Abteilung in die nächst untere bei zunehmender Regression: eine solche Praxis ist gekennzeichnet durch die Funktionen der Disziplinierung ("wenn er unruhig ist, gehört er in die Unruhigenabteilung"; zwei Abteilungen in Arezzo hatten denn auch diesen Namen) und der Verteilung von Privilegien ("er verdient es, auf eine offene Abteilung zu kommen"); zudem ist sie ein wesentliches Element der wohlbekannten Anstaltskarrieren. Die Demokratische Psychiatrie wirkt in Arezzo seit 1971; es ist bis heute gelungen, das Gefälle zwischen den Abteilungen weitgehend auszugleichen. Wenn man eine beliebige Abteilung besucht, begegnet man den verschiedensten Krankheitsbildern auf allen möglichen Entwicklungsstufen.
- Kontinuierliche Öffnung der Anstalt nach außen: im Lauf der letzten fünf Jahre wurden sämtliche Abteilungen geöffnet, heute kann jedermann jederzeit an jeden Ort gehen. Es klingt unglaublich, aber es ist wahr, und ich habe mich davon überzeugt, daß nicht irgendwelche versteckten und subtilen Kontrollmechanismen die verschlossenen Türen ersetzen. Der Mythos von der Gefährlichkeit psychiatrisch Internierter ist in Arezzo erfolgreich bekämpft und widerlegt worden. Besonders beeindruckend war für mich die Beobachtung, wer nun tatsächlich von dieser Freiheit Gebrauch macht. Es ist nicht so, daß alle in die Stadt strömen; vielmehr findet so etwas wie ein Prozeß adäquater Selbsteinschätzung der Patienten statt. Es geht nur der aus, der

eben in der Lage ist, z.B. in der nächsten Bar sein Bier zu bestellen und zu bezahlen und dabei vielleicht noch etwas zu schwatzen. Bei denen, die soziale Fähigkeiten solcher Art im Moment nicht verfügbar haben, entwickelt sich offensichtlich kein Bedürfnis, in die Stadt zu gehen, sie begnügen sich mit Spaziergängen im sehr großzügigen Klinikareal. Mit anderen Worten: es ist noch nie etwas vorgefallen, was die Reformgegner als Argument für die Freiheitsbeschränkungen anbringen könnten.
Diese Aufwertung der Stellung des Patienten verlangte insbesondere von den Pflegern große Anstrengungen. Über den Wandel im Selbstbild dieser Leute könnte man ein Buch schreiben. Stellvertretend ist die Aussage zweier Pfleger: *"Früher akzeptierten wir die Rolle des Wächters, der die Gesellschaft vor dem 'Irren' schützt, heute kämpfen wir auf der Seite der Patienten gegen ihre Ausschließung", "...recht unerwartet mußten wir die Öffnung der Abteilung verkraften, wir wußten nicht, wie wir uns verhalten sollten. ... Die Pfleger wurden von den Bedürfnissen und Problemen der Patienten richtiggehend überrannt; schlußendlich erhielten die Anliegen der Patienten mehr Bedeutung als jene der Pfleger. Unter der alten Führung war das anders, da kam zuerst der Pfleger, dann der Patient."*

Daß die Reform bisher derartige Fortschritte erzielte, ist vor allem der Einstellung und Wandlungsfähigkeit des Pflegepersonals zu verdanken. Ihm kommt in Arezzo auch die Bedeutung zu, die es aufgrund der Nähe und des Kontakts zu den Patienten verdient.

Gebt den Patienten mehr Macht!

Die Öffnung nach außen geht Hand in Hand mit der Demokratisierung der Entscheidungsprozesse innerhalb der Klinik. Gemeinsame Versammlungen der Ärzte, Pfleger und Patienten werden auf Abteilungsebene alltäglich durchgeführt; die gesamte Klinik trifft sich zweimal wöchentlich in der Vollversammlung.

Die Demokratische Psychiatrie sieht die Ursache der Regression in einem (für das Bestehen der traditionellen Klinik notwendigen) Machtverlust des Patienten. Der Wille, in Arezzo das Machtgefälle zwischen Ärzten, Pflegern und Patienten auszugleichen, zeigt sich am deutlichsten in den gemeinsamen Versammlungen, deren wichtigstes Ziel darin liegt, die in den symbolhaften ("irren") Handlungen einzelner zum Ausdruck kommende Angst, Aggression und Regression einem kollektiven Verständnis zuzuführen und sie zur Institution in Beziehung zu setzen. Man versucht, gemeinsam in den vorerst unverständlichen Akten der anderen die dahinter verborgenen Bedürfnisse zu erkennen und damit den institutionellen Veränderungsprozeß in Gang zu halten. Die Erfahrung des Patienten, auf institutionelle Entwicklungen entscheidenden Einfluß ausüben zu können, führt zu einer Solidarität und Dynamik, die auch "hoffnungslos" Regredierte miteinbezieht.

Die Teilnahme an den Versammlungen ist freiwillig, anwesend ist im Durchschnitt etwa ein Viertel der Patienten, wobei wiederum ungefähr die Hälfte aktiv mitmacht. Aber der stimulierende Effekt, den das Erlebnis gemeinschaftlichen Handelns und Entscheidens auslöst, läßt

sich bei denen, die einfach nur dasitzen, sehr gut beobachten. Besprochen wird, was die Patienten gerade vortragen, die Diskussionen entstehen spontan, Entwicklung und Ausgang sind jeweils ungewiß. An Stoff fehlt es nie, in gemischter Reihenfolge werden organisatorische Fragen, Aktivitäten und persönliche Anliegen (insbesondere Gründe der Einweisung und Entlassung, Schwierigkeiten der Wiedereingliederung, Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz) diskutiert. Die Beziehungen zwischen Ärzten, Pflegern und Patienten werden zur Sprache gebracht, Kritik wird geäußert, der sich die Betroffenen ernsthaft stellen. Die Ärzte sind sehr aktiv, versuchen aber, jede Beeinflussung zu vermeiden.

Wenig diagnostische Arbeit, keine "klassischen" Therapien

Diagnosen werden in Arezzo ganz klein geschrieben. Deshalb gibt es auch keine Zusammenstellung von Auftretenshäufigkeit und Verteilung der verschiedenen Krankheitsbilder in der Klinik. Selbstverständlich konstatieren die Ärzte (für sich), daß z.B. in einem Fall das vorliegt, was man üblicherweise als Schizophrenie bezeichnet oder daß bei einem anderen Patienten jene Merkmale auftreten, die gemäß Lehrbuch den Manisch-Depressiven entsprechen. Medikamente machen solche Feststellungen notwendig. Aber man ist sich bewußt, welche sozialen Folgen Diagnosen haben können. Und was nützt es dem Patienten selber, wenn er weiß, daß er "schizophren" ist? Die Einstellung, die in Arezzo in solchen Dingen vorherrscht, zeigt sich am besten in der Aussage eines Pflegers: *"Früher sagte man: Patient X ist schizophren, Schizophrene reden wirres Zeug, also redet X wirres Zeug. Die Folge war, daß sich niemand um X kümmerte. Heute versuche ich, die Patienten zu verstehen und eine persönliche Beziehung zu ihnen aufzubauen. Und dabei hilft es mir recht wenig, daß ich weiß, der andere ist 'schizophren', dieser Titel bringt unsere Beziehung auch nicht weiter."*

Die bei uns üblichen Therapieformen sind in Arezzo nicht vertreten, was nicht auf das späte Erwachen der Psychologie in Italien zurückführbar ist. Auch die Analytiker, die sonst das Feld beherrschen, sind nicht anzutreffen. Das Fehlen spezifischer therapeutischer Techniken beruht auf einer grundsätzlichen Entscheidung der Ärzte und ihrer Mitarbeiter in Arezzo: Technisches Wissen bedeute Machtzuwachs für den, der es anwenden kann und verunmögliche daher kollektive Auseinandersetzung und Kritik; der Abbau von Statusprivilegien und die Befreiung des Patienten aus seiner Objekt-Rolle würden ebenfalls verhindert. Die Therapie in Arezzo besteht aus dem Entfaltungs- und Darstellungsraum für den einzelnen und der gemeinschaftlichen Aktion. Innerhalb dieses Rahmens sind nun allerdings jene Variablen, die für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung notwendig sind, in einem Höchstmaß vertreten: "emotionale Wärme", Akzeptieren der Persönlichkeit, Selbstkongruenz der Ärzte und Pfleger. Die Möglichkeiten zur Gestaltung seiner Umwelt vermitteln dem Patienten Erfolgserlebnisse, dadurch werden die Selbstsicherheit erhöht, Fremd- und Selbstverstärkungsprozesse in Gang gesetzt. Dies läuft alles ab, ohne daß jemand als Verhaltens- oder Gesprächstherapeut mit wissenschaftlichem Anspruch auftritt.

Herbert Nagel:

WAS HEISST SELBSTHILFE? – ENTSTEHUNG UND PRAXIS DER SOZIALTHERAPIE FRANKFURT E.V.

"Kontakt-Zentrum" steht groß über unserem Jahresbericht 1975; der offizielle Name lautet: Sozialtherapie Frankfurt, Frankfurter Verein zur Rehabilitation psychosozial Geschädigter und zur Prävention psychischer Erkrankungen e.V. Daß der offizielle Name etwas zurücktritt, ist kein Zufall, sondern hängt damit zusammen, daß das Zentrum tatsächlich mehr und mehr Mittelpunkt unserer Aktivitäten geworden ist. Darin liegen unsere Möglichkeiten, aber auch unsere Grenzen.

Wer sind wir, was tun wir?

Wir sind etwa 50 Personen, die mehr oder weniger regelmäßig etwas mit dem Zentrum zu tun haben. In diesem Zentrum liegen drei große Räume Parterre, außerdem gibt es zwei kleine Wohnräume und Küche zum Wohnen für Notfälle und zum Übernachten. Dort lebt eine Wohngemeinschaft aus ehemaligen Patienten. Geöffnet haben wir, solange jemand da ist, der Lust zum Reden hat - sicher aber täglich von 16 - 22 Uhr. Einen Schlüssel hat so ziemlich jeder, der eine gewisse Zeit im Zentrum war und einen Schlüssel haben will - und wer keinen bekommt, dem sagt man warum.

Als festen Termin haben wir nur den Mittwochabend 20 Uhr; das Plenum. Dahin kommt, wer will, wichtige Dinge werden dort diskutiert und beschlossen. Zu festen Terminen gibt es daneben noch die
- Öffentlichkeitsgruppe, die die Tätigkeit im Zentrum nach außen hin zu vermitteln versucht, Flugblätter verteilt, in Leserbriefen nicht nur zu Fragen der Psychiatrie Stellung nimmt und hie und da einen Informationsstand im Stadtteil errichtet;
- eine Selbsterfahrungsgruppe, die geschlossen ist;
- ebenfalls geschlossen ist die Interaktionsgruppe, die einzige übrigens mit therapeutischer Begleitung; sie will gruppendynamische Spielerfahrungen ermöglichen und trifft sich Freitagabend;
- Donnerstagabend setzt sich eine Gruppe zusammen, die über Formen der Selbsthilfe diskutiert.

Alle anderen Gruppen treffen sich mehr oder weniger kontinuierlich zum Malen und Basteln je nach Lust und Laune. Sonst trifft man sich eben, trinkt Kaffee, redet, unternimmt etwas oder auch nicht.

Angestellte besitzen wir nicht - weder zum Putzen, noch für die Verwaltung, keinen Arzt, keinen Sozialarbeiter, keinen Therapeuten. Anfangs war das wohl eher eine Frage fehlender Geldmittel - heute diskutieren wir darüber, ob das nicht ein Vorteil ist: allein deswegen schon, weil man uns nicht nehmen kann, was wir nicht haben.

Viele von uns wohnen im Nordend, in der Nähe des Frankfurter Zentrums, bald die Hälfte war in der Psychiatrie, einige für Jahre. Man-

che halten sich überwiegend im Zentrum auf, andere weniger oft; einige leben von Sozialhilfe, andere studieren noch oder arbeiten; es gibt also große Unterschiede der persönlichen Geschichte und der sozialen Stellung.

Das Zentrum ist jetzt etwas mehr als ein Jahr alt. So wie es sich in diesem Jahr entwickelt hat, war es durchaus nicht von den ehemaligen Initiatoren geplant. Auf eine Formel gebracht könnte man sagen: aus dem Plan einer alternativen Berufspraxis von angehenden Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Soziologen, die durch neue Formen der Kooperation mit Betroffenen neue Formen der Therapie entwickeln wollten, wurde tendenziell ein Modell der Selbsthilfe von Betroffenen. Diese Veränderung gegen das ursprüngliche Konzept ging nicht ohne Auseinandersetzungen vor sich; sie führte zur Verunsicherung einer Reihe älterer Gruppenmitglieder, die sich zurückzogen; Krisen gab es überhaupt viele. Daß Selbsthilfeorganisationen meist durch Initiative von außen entstehen, ist im Augenblick eine Tatsache. Deshalb dürften auch die Auseinandersetzungen zwischen Initiatoren und Betroffenen, die ihre Sache selbst in die Hand nehmen wollen, nicht zufällig sein.

Die Entstehungsgeschichte des Zentrums

Im Spätsommer 1975 setzten sich im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Sozialpolitischer Arbeitskreise (AG.SPAK) Studenten der Medizin, der Sozialarbeit, Pädagogik mit einigen Sozialarbeitern und angehenden Ärzten zusammen. Sie kritisierten ihr Studium (z.B. die Ausklammerung der Psychosomatik aus dem Medizinstudium oder die bloße Feststellung statistischer Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit und Krankheit), ohne in diese Zusammenhänge praktisch unter dem Gesichtspunkt ihrer Veränderung eingreifen zu können. Für Ärzte, Sozialarbeiter und Berufspraktikanten bestand außerdem der Wunsch, nicht mehr als isolierte Einzelne ihre Arbeitsbedingungen hinnehmen zu müssen, sondern neue Formen der Praxis und gemeinsame Verarbeitung von Erfahrungen zu finden (alternative Berufspraxis). So formulierten wir das Ziel, neue Formen der Therapie und Behandlung nicht nur in theoretischer Form, sondern auch in einer gemeinsamen Praxis außerhalb der bestehenden Lehreinrichtungen zu erarbeiten.
Die Arbeit der Gruppe war also zu diesem Zeitpunkt der Diskussion ähnlich geplant, wie die Heidelberger Free Clinic ihre Arbeit beschreibt: als engagierte, solidarische Selbstorganisation von "Menschen mit einer erworbenen beruflichen und sozialen Legitimation" (Vgl. die Dokumentation der Free Clinic: Wir sind zur Diskussion bereit; Selbsthilfe durch Selbstorganisation. S. 16-22), die sich kurz vor oder nach Beendigung ihres Studiums darüber Gedanken machen, wie sie damit "etwas anderes anfangen können, als sicher zu versanden und zu resignieren" (a.a.O.). Wir wollten mit Leuten zusammenarbeiten, die von ihrer Sozialisation und ihren ökonomischen Möglichkeiten her nicht daran gewöhnt sind, Probleme diskutieren zu können, und die von ihren Arbeitsbedingungen her dazu gedrängt werden, Schwierigkeiten möglichst unauffällig zu bewältigen, bis oft nur die Psychiatrie als Ausweg bleibt. Wir wollten verhindern, daß sie der Institution 'Psychiatrie' mit ihren Einweisungs- und Kategorisierungsverfahren so machtlos ausgeliefert sind wie bisher; wir

wollten an der Art und Weise etwas ändern, wie sie nach der Entlassung als einzelne dem Zwang ausgesetzt sind, wieder alleingelassen - meist noch einige Stufen unter ihrer Ausbildung - ihre Arbeitskraft verkaufen müssen, und wir wollten verhindern, daß sie die Fähigkeit, diese Disqualifizierung zu ertragen, auch noch als einziges Zeichen ihrer Gesundung ansehen zu müssen (aus: Bericht über die Entstehung der Gruppe, Winter 1974).

Plan eines Kommunikationszentrums

Als ein Arbeitszusammenhang, der eine Verbindung von Institutionalisierung und verschiedenen politischen Tätigkeiten zuläßt, begannen wir, die Einrichtung eines Kommunikationszentrums zu planen.
Da wir Kontakt zu einigen Ärzten und Sozialarbeitern des Köppern hatten, das für Einweisungen aus dem Frankfurter Bezirk Nordend zuständig ist und da viele der Gruppe im Nordend wohnten, beschlossen wir, in diesem Gebiet Räume für ein Kommunikations- und Beratungszentrum zu suchen. Ein weiterer Grund, den Standort ins Nordend zu legen, war die Tatsache, daß das Nordend noch genügend überschaubare Strukturen besitzt (Einkaufszentrum, Kneipen, relative Geschlossenheit), andererseits genügend zerstört ist, um auch anonym und in Ruhe gelassen dort zu wohnen.
Wir warben Mitglieder, schrieben Bettelbriefe, entwickelten Vorstellungen darüber, was wir im Zentrum anbieten wollten, entwarfen Freizeitangebote, planten "zur Therapie hingeleitende Gruppen", nahmen Kontakte zu Therapeuten auf und sammelten Material zur Information der Öffentlichkeit über die Lage der psychisch Kranken im Raum Frankfurt. Als wir Ende 1974 recht plötzlich in der Martin-Luther-Straße geeignete Räume fanden, schlossen wir einen Mietvertrag, obwohl wir gerade mal die Miete für zwei Monate hatten.

Gemeindenähe

Nach einer mühevollen und ernüchternden Renovierung der Räume saßen wir nun Anfang Februar - Papier und Malzeug unauffällig bereit - und warteten auf die Bevölkerung, während wir darüber stritten, ob gemeinsames Kaffeetrinken und Malen eine revolutionäre oder 'sozialarbeiterische' Tätigkeit sei.

Zuerst kamen die Nachbarn - wir hatten während der Renovierung Informationszettel an die Scheiben gehängt. Sie fragten nichts - vielleicht hatten sie Angst - und wir fragten sie nichts, denn wir hatten sicher Angst; aber sie schenkten uns alte Möbel, Vorhänge, einen Kühlschrank, Stühle, alte Couches - manchmal kommt das noch heute vor. Hätte sich nicht inzwischen die Öffentlichkeitsgruppe gebildet, so drückte sich auch bei uns die Nähe zur Gemeinde nur in Metern aus.

Überhaupt gestalteten sich die Nachmittage der 'Dienstgruppen', die wir an vier Nachmittagen der Woche eingerichtet hatten, sehr viel anders als geplant. Sicher kam es vor, daß jemand aus der Nachbarschaft oder auch aus der Klinik vorbeikam und bei Schwierigkeiten (Arbeit, Ausbildung, Kontakte) um Rat fragte; manchmal kam es auch vor, daß die Anwesenden dazu etwas sagen konnten, sehr oft überstiegen aber die Schwierigkeiten und die in die Bezugspersonen ("Guten

Tag, wer ist denn hier der Leiter?") gesetzten Erwartungen deren zeitliche Möglichkeiten, Kenntnis und Engagement. Oft hatte ich den Eindruck, Schwierigkeiten wurden nur erzählt, um Sonderrechte und Sonderbeziehungen zu besonders mächtig erscheinenden Bezugspersonen zu beanspruchen; was nicht heißt, daß die Schwierigkeiten, die erzählt wurden, nicht auch da waren.

Erst allmählich merkte ich, daß diese Verhältnisse von Zutrauen und Macht, Abhängigkeit und Lüge von mir als Bezugsperson in gleichem Maße produziert wurden, wie ich darunter litt und gegenüber der herkömmlichen Psychiatrie und meinem theoretischen Wissen in Erfolgszwang geriet. Ich meinte, der herrschenden Psychiatrie eine auszuwischen, indem ich lernte, mit den Problemen des anderen besser, freier, offener, weniger verlegen umgehen zu können; ich tat damit genau dasselbe, was der Arzt in der Klinik tut; ich behandelte ein Problem des anderen, während er vielleicht nur einfach vermittels eines Problems mit mir kommunizieren wollte.

Aber ich hatte dieses Problem nicht allein; Konkurrenz schlich sich unter den Bezugspersonen ein und Angst vor Überforderung. Zu diesem Zweck wollten wir unsere Erfahrungen und Fehler an einem Sondertermin besprechen; dabei kamen wir auf den Gedanken der Supervision.

"Ein Psychologe ist einer, der nichts anderes kann, weil er an der Uni nichts anderes gelernt hat." (Gila)

Ein Teil unserer Dienstgruppe bestand auf Supervision und plante sogar eine Ausbildung als Therapeuten, die anderen fragten sich, ob die vier Stunden wöchentlicher gemeinsamer Erfahrung wirklich die Notwendigkeit einer Supervision oder gar einer therapeutischen Ausbildung begründen könnten.

Wir stritten uns, trugen unsere Überlegungen dem Plenum vor und ernteten heftigste Vorwürfe seitens der ehemaligen Patienten. Über die Heftigkeit der Kritik war ich damals ziemlich entsetzt; rückblickend meine ich, daß damals gegen das ursprüngliche Konzept entscheidende neue Übereinkünfte und Ansätze für ein Selbstverständnis der Gruppe formuliert wurden. Deshalb will ich einige Passagen aus einem Papier zitieren, das unsere damaligen Überlegungen kritisierte und die Überschrift trägt:

"An die Selbsterfahrungsgruppe ohne Patienten.
Was ich damit sagen will ist, daß ich die Vermutung habe, daß ihr euch in der Abgrenzung von dem 'Patienten' viel weiter abgrenzt, als ihr selbst wollt, und daß die Reaktion, die ihr provoziert, Mißtrauen und Angst ist. Ihr erlebt Patienten irgendwo als Bedrohung, entweder für euch oder für sich selbst. Ihr möchtet den Schonraum eurer 'Normalität' benutzen, um mit euren Ängsten besser umgehen zu können. Wollt ihr damit sagen, daß normale Leute für euch nicht bedrohlich sind? Wollt ihr damit sagen, daß ein Verrückter euch in größere Bedrängnis bringt als ein Normaler? Ich habe den Eindruck, daß ihr etwas über die Bedrohlichkeit der Normalität nachdenken solltet, z.B. über die Gefahren eines normalen Seminars oder die Gefahren einer normalen Frau oder die Gefahren eines normalen Mannes. ...

Ich weiß nich genau, nach welchen Kriterien ihr beschlossen habt, wer in die Gruppe kann und wer nicht. Ich weiß nur etwas von 'ohne Patienten' .Damit haben wir im Zentrum zum ersten Mal eine soziale und sichtbare Manifestation der Patientenrolle und der Therapeutenrolle durchgesetzt. Das heißt: ein Patient weiß, daß er Patient ist, weil er therapiert wird und weil es außerdem Therapeutenbereiche gibt, zu denen er keinen Zutritt hat. Das Konzept der emotionalen Krisen, d.h. die Vorstellung, daß für jeden von uns eine Situation entstehen kann, in der er allein nicht mehr kann und die Vorstellung, daß er diese Schwierigkeiten durchstehen kann, ohne Diskriminierung und Stigmatisierung, sondern mit der solidarischen Hilfe der anderen, denen es gerade besser geht, ist damit gestorben..." Werner R.

Als Folge dieser Diskussion beschlossen wir in unserer Dienstgruppe, daß, wer eine Ausbildung machen will, es tun solle - als seine Privatsache außerhalb des Zentrums. Kurze Zeit später zogen sich diejenigen, die eine Supervision bzw. Ausbildung wollten, aus unserer Gruppe und aus dem Zentrum zurück.

Daß es im Umgang miteinander in unserem Zentrum oft viele Komplikationen gibt, ist unleugbar. Es stimmt auch, daß es in der Art, wie einzelne mit Problemen umgehen, große Unterschiede gibt, nur - die Fähigkeit oder Unfähigkeit, diese Unterschiede einzugestehen, gegenseitig sich deutlich zu machen und über sie zu kommunizieren, dürfte doch wohl mehr mit eigenen Problemen zusammenhängen als mit etwaigen objektiven Schwierigkeiten des Umgangs mit psychisch Kranken.

Andererseits halte ich diese Art von Professionalisierung nicht für zufällig. Es waren fast ausschließlich Studenten der Psychologie und angrenzender Gebiete, die so argumentierten. Als ich kurze Zeit später einen alten Bekannten, Lehrer an der Universität im einschlägigen Fachbereich, um finanzielle Unterstützung bat, teilte er mir interessiert aber bedauernd mit, er könne das Zentrum nicht unterstützen, es sei zu 'unprofessionell'.

Entwicklung des Zentrums zur Selbstorganisation

Nicht zuletzt durch den Rückzug einer ganzen Reihe ehemaliger Initiatoren, vor allem aber wegen der sommerlichen Urlaubszeit übernahmen ehemalige Patienten immer mehr die Aktivitäten des Zentrums. Schlüssel wurden vervielfältigt und untereinander verteilt. Das Zentrum wurde täglich geöffnet.
Im gleichen Maße, indem ehemalige Patienten die Aktivitäten im Zentrum übernahmen, veränderten sich die Beziehungen untereinander, sie wurden enger. Konflikte wurden persönlicher ausgetragen. Man begann etwas mehr, gemeinsam zu leben. Das Zentrum erhielt tendenziell Charakterzüge einer Familie mit Vor- und Nachteilen, auch mit dem Mißtrauen Neuem gegenüber.

In einer etwa paradoxen Weise hing die Entwicklung des Zentrums zu Formen der Selbsthilfe und Selbstorganisation davon ab, wie unser Kontakt zum Psychiatrischen Krankenhaus Köppern zustande kam und sich entwickelte. Da wir gleichzeitig mit der Zentrumseröffnung Kontakt mit Ärzten und Sozialarbeitern in Köppern aufgenommen hatten und auch von ehemaligen Patienten Kontakte existierten, entstand März 1975 eine Gruppe, in der sich Bezugspersonen und ehemalige Patienten aus Frankfurt mit Ärzten, Patienten und Sozialarbeitern aus Köppern zusammensetzten, um Probleme in der Klinik, bei der Entlas-

sung, der Wohnungs- und Arbeitssuche zu besprechen. Leider löste sich im Laufe des Jahres diese Gruppe auf. Die Gründe dafür haben wir noch nicht ganz klären können. Vielleicht war Köppern zu weit weg von Frankfurt (ca. 30 km Autobahn), vielleicht auch war die Schwierigkeit zu groß, innerhalb der Klinik Arzt zu sein und außerhalb etwas anderes; vielleicht auch waren Ärzte und Sozialarbeiter darüber enttäuscht, daß ihnen das Zentrum und ihr Kontakt im Zentrum nicht die erwartete Unterstützung brachte. Aber auch viele Patienten aus Köppern blieben nach einiger Zeit weg. Das mag an dem großen Widerspruch zwischen der Klinik und unserer Gruppe liegen, wo außer der Möglichkeit zu Kontakten und einigen wenigen vorbereiteten Freizeitaktivitäten keine festen Gruppen angeboten werden, nichts vorgeplant und auch nichts schützend überwacht wird.

Verglichen mit einer Klinik oder einem Heim hat die Struktur unseres Zentrums den Nachteil, daß niemand sicher sein kann, für seine Probleme auch wirklich einen 'Berater' zu finden (sei es durch ein Gespräch, durch eine Spritze oder durch Psychopharmaka). Sicher gibt es Ärzte unter den Mitgliedern des Zentrums und Therapeuten; aber ob sie da sind, und wie sie sich dann verhalten, hängt von ihrer Lust und Zeit ab bzw. von dem Kontakt, den man zu ihnen sucht oder auch nicht sucht; jedenfalls ist ihr Verhalten nicht durch einen Anstellungsvertrag geregelt; es gibt keinen festen Verantwortungsbereich. Daher soll die Tatsache, daß wir uns wirklich oft helfen und daß am Rande des Zentrums, von den anderen meist unbemerkt, oft nur einmalige Ratschläge, Hinweise, kleine Vermittlungshilfen an alle möglichen Leute gehen, nicht darüber hinwegtäuschen, daß viele - und vor allem ältere Besucher - nach einmaligem Besuch wegbleiben, vielleicht, weil es zu chaotisch ist, weil sie keine 'Ansprache' finden oder weil nichts angeboten wird. Selbst wenn es uns schon manchmal gelungen ist, jemanden zu halten, der sonst in die Klinik hätte gehen müssen, so waren manchmal die Probleme einzelner für uns zu groß oder undurchschaubar - oder besser: unerträglich. Einzelne rieten zu einer Therapie, halfen dabei, einen Therapeuten zu finden; einige Male wußten wir auch nicht, was wir machen sollten, hatten vielleicht noch nicht einmal Lust zu einem Besuch in der Klinik: "Warum sollen wir jemanden besuchen, wenn wir ihn nicht mögen; das sollen und können nur die tun, die ihn mögen!" Ich halte es für wichtig, daß ich das weiß, ohne ständig mit Schuldgefühlen herumlaufen zu müssen. Vielleicht muß ich als einzelner akzeptieren, was ich langfristig in einer Gruppe nicht einfach hinnehmen muß.

Aber es gibt eben Probleme, die wir als Gruppe von Laien und Betroffenen nicht lösen können; es gibt Leute, die ihre Probleme so behandeln, daß sie für uns zu schwierig sind. Deutlicher und mit einiger Brutalität, deren Gründe nicht nur bei uns liegen: wer dauernd auf akute Hilfe angewiesen ist, dem können wir als Zentrum - im Augenblick wenigstens - nicht grundsätzlich helfen. Wer nicht in der Lage ist, wenigstens den Versuch zu machen, auf Abhängigkeitswünsche von einem übermächtigen Arzt oder von einer überwältigenden Institution zu verzichten, um so einen ersten Schritt zu tun, Zutrauen zu sich selbst zu finden, sich nicht für krank erklären zu lassen oder sich selbst für krank zu erklären, dem können wir nicht helfen, weil es keine gemeinsame Basis für ein gemeinsames Handeln gibt. So gibt es keine Garantie auf eine 'Ansprache' im Zentrum, keine Garantie auf die Ausblendung der Probleme anderer, keine Heilungsgarantie.

<u>Wie die Gruppe hilft, wenn sie hilft</u>

Dieser Nachteil macht aber auch gleichzeitig den Vorteil aus, den die Gruppe bietet. Wenn man hier einen trifft, mit dem man über ein Problem sprechen oder auch dagegen etwas tun kann, dann darf man sicher sein, daß er es nicht tut, weil er per Bezahlung, Beruf usw. dazu verpflichtet ist, sondern weil er etwas davon hat und daß man es auch selber ist, von dem er etwas hat. So wird man im Zentrum, mehr als in der Klinik, mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit konfrontiert, mit den Auswirkungen des eigenen Verhaltens - selbst wenn die Gruppenstruktur, durch gegenseitige Kritik, Gruppengespräche und allmähliche Erfahrung die Brutalität der Gesellschaft und ihre Umgangsformen nicht voll ins Zentrum eindringen läßt. Solange die gesamtgesellschaftlichen Gründe dafür fortbestehen, wäre ein absoluter Schonraum auch nur eine Illusion - eben geschlossene Abteilung.

Da es im Zentrum keinen Therapeuten gibt und Bezugspersonen, an die man sich anhängen kann, die auch mit der Zeit dieser Art von ungleichmäßiger Kommunikation satt haben, ist man gezwungen, entweder sich allein weiterzuhelfen, oder aber neue Kontakte zur Lösung von Schwierigkeiten einzugehen, neue Formen zu finden. Aus diesem Grunde stehen, wenn Schwierigkeiten einzelner im Mittelpunkt stehen, auch weniger vergangene, unbewältigte Probleme zur Debatte, sondern höchstens deren augenblickliche Auswirkungen. Das heißt: aktuelle Probleme.

Die Aufgabe der Gruppe besteht weniger darin, Erfahrungen der Vergangenheit, unbewußte Wünsche und Mechanismen aufzudecken: was die Gruppe kann, ist vielmehr, Wünsche und Möglichkeiten, deren Erfüllung dem einzelnen in seiner Isolation auch dann Schwierigkeiten bereiten, wenn er sie mit Hilfe einer Therapie entdeckt, leichter und eben nicht als einzelner in die Wirklichkeit umzusetzen. Daher bleiben auch nur die, denen die Gruppe wirklich hilft: wer hier Schwierigkeiten hat, der hat sie sicherlich auch anderswo. Wem die Gruppe nicht hilft, der geht weg, schlimmstenfalls zurück in die Klinik. "Es gibt keine Bindungen an einen Therapeuten, keine finanziellen Abmachungen, keine offiziellen vertraglichen Verpflichtungen" (vgl. M.L.Moeller: Selbsthilfegruppen in der Psychotherapie. in: Praxis der Psychotherapie, Bd. 20, Heft 4, Berlin 1975) Eine Selbsthilfegruppe, die ihren Mitgliedern nicht hilft, zerfällt; tendenziell ist also das Zentrum immer vom Zerfall bedroht und es existiert nur, weil das so ist. Man bleibt zusammen, weil es einem hilft, und solange es einem hilft. Die Hilfe kann auch darin bestehen, daß der einzelne merkt, daß er mit dem Zentrum allein nicht weiterkommt. Deshalb besteht auch die Gefahr, daß auf das Zentrum scheißt, wem es ganz schlecht geht, so wie der leicht drauf scheißt, dem es nach Kriterien bürgerlicher Durchsetzungsfähigkeit als einzelnem wieder gut zu gehen beginnt (bis zum nächsten Mal). Das Zentrum besteht nur, solange und in dem Maße, wie es seinen Mitgliedern hilft.

Darin liegt ein Grund für den ständigen Prozeß der Umorganisation von Anfang an, dafür, daß wir so viele Dinge begonnen und nicht zu Ende geführt haben. An guten Tagen der Kritik sagen wir dazu: warum auch nicht - wir tun es doch nicht für andere, sondern für uns.



Patientengruppe Sozialtherapie, Frankfurt:

VON BEZIEHUNGSKAPITALISTEN UND BEZIEHUNGSPROLETARIERN

Es ist nicht leicht, über das Bezugspersonen/Patienten-Verhältnis zu schreiben, wenn man selbst mittendrin steckt. Ich bin Patient. 23 Jahre, männlich, davon 4 Jahre Psychiatrie.
Wir schreiben unseren Beitrag in einem Bauernhaus bei Marburg. Mit mir zusammen sind Manfred, Michael und Hans-Jürgen. Ich bin Thomas. Wir sind allesamt Patienten. Aber wir machen jetzt Urlaub. Auch Patienten müssen mal ausspannen.
Allerdings: Hier sind wir gar keine Patienten. Es gibt kein absolutes Patientsein. Wenn man so richtig in den Machenschaften des Zentrums drinhängt, ist dies die entscheidende Frage. Bin ich Patient? Und so kam es dazu, daß die Bezugspersonen/Patienten-Problematik monatelang der Hauptinhalt der gemeinsamen Auseinandersetzungen wurde:

Das Zentrum ist eine Ladenwohnung mit fünf Zimmern. Das Zentrum kann aber aufgefaßt werden als ein kompliziertes Geflecht von teils gesunden und teils pathologischen Beziehungen im Sinne von befriedigend oder unbefriedigend. Netzwerk von Lüge und Ehrlichkeit und von Aufdeckung und Verschleierung. Zwang ebenso wie auch Befreiung. Am Leben gehalten heute weniger durch den Anspruch als durch Gernhaben in den verschiedensten Formen und Abstufungen. Dies ist kurz eine Beschreibung des heutigen Zustands. Sozialtherapie in ihrer chaotischen Form: Automatische Therapie durch Eintauchen in wie auch immer geartete Zusammenhänge.

Denn das Zentrum war ca. ein halbes Jahr nach seiner Eröffnung enteignet worden. Kein Wunder, wenn man das Zentrum als Produktionsmittel von Gesundheit oder Krankheit begreift. Es wurde den Studenten aus der Hand genommen. Im Sommer fing das an. Die ersten von der Patientenklasse ließen sich Schlüsselkopien von der Eingangstür machen. Die Initiatoren waren von sich aus nicht auf die Idee gekommen, das Zentrum in die Hände der "Betroffenen" zu geben. Obwohl ein Gegenmodell zur herkömmlichen Psychiatrie beabsichtigt war, hatten sich die alten Verhältnisse reproduziert. Der Schlüsselbund war wieder da, und es wurde erst aufgeschlossen, wenn die Dienstgruppe offiziell begann.

Die Bezugspersonen faßten also ihre Anwesenheit im Zentrum als Dienst auf. Dienst am Nächsten scheint mir von vornherein verdächtig zu sein. Das Dienst- und Pflichtgefühl sprach damals aus allen Gesichtern, auch aus denen der Patienten. So taten denn die Bezubos (eine sarkastische Verschmelzung von "Bezugsperson" und "Placebo", d. Red.) das ihre: Sie gaben sich progressiv und menschlich. Die Patienten taten auch das Ihre: sie gaben sich progressiv und normal und vor allem: schimpften, um den Intellektuellen zu schmeicheln, auf die totale Institution, die sie aber nicht allzu schnell verlassen wollten.

Es war also festzustellen: Die Bezubos waren unfähig (und nicht willens) echte, das heißt verantwortliche therapeutische Verhältnisse einzugehen. Andererseits hatten sie Angst vor den Patienten und warfen uns unsere Beziehungswünsche wie die Erbsünde vor. Vielleicht hatten sie Angst, daß die Geisteskrankheiten ansteckend sind. Sie fürchteten, daß sie von den Schizokokken befallen würden. So kam es, daß die gesellschaftlichen Verhältnisse außerhalb der Psychiatrie exakt reproduziert wurden. Und da vor allem die Beziehungssituation entlassener Patienten. Hinzuzufügen ist, daß die Zahl der Bezubos groß, die der Patienten klein war. Außerdem muß gesagt werden, daß ehemalige Patientinnen im Zentrum kaum integriert sind. Die Frauenfrage, die Frage also, wieso Patientinnen zu Bezubo-Frauen kaum einen Bezug finden, ist jetzt endlich im ersten Stadium der Diskussion. Endlich auf dem letzten Plenum ist die andere Bombe geplatzt. Wir haben uns lang und breit über Bumsen im Dunstkreis der Sozialtherapie unterhalten. Auf dem Plenum ein absolutes Novum.
Bei uns wiederholen sich Zwänge aus schizophrenogenen Familien. Tabus, die allerhöchstens hinter vorgehaltener Hand gebrochen werden, um mal zu übertreiben. Die Tatsache, daß auch Patienten sexuelle Bedürfnisse haben, konnte also erst jetzt im großen Kreise besprochen werden. Die meisten dieser Tabus und Zwänge werden bei uns aber im Unterschied zur Kleinfamilie aufgelöst. Die Patienten waren dabei die treibende Kraft. Über zu wenig Mitbestimmung der Patienten kann sich keiner der Initiatoren beklagen.

Was hält nun die Bezugspersonen im Zentrum, wo ihnen doch dauernd die angestammten Positionen und auf kurz oder lang die Bezubo-Rolle genommen wird? Vielleicht gerade das. Geld kriegt niemand, wir haben keine einzige Planstelle. Berufspraxis ist es auch bei fast niemand mehr. In der Psychiatrie arbeiten wollen nur noch die wenigsten. Beim letzten Großplenum kam raus: die meisten Bezubos betrachten ihre Anwesenheit im Zentrum nicht mehr als Dienst. Ich glaube, es ist jetzt endlich so weit: Die Bezubos fangen an, im Zentrum Therapie zu suchen. Sie erwarten jetzt, daß auch einmal die Patienten auf die Bezubos eingehen. Die Austauschbarkeit der Therapeuten- und Patientenrollen ist in Sichtweite. Die Tendenz des Zentrums geht derzeit in Richtung auf eine Selbsthilfegruppe aus Patienten und Nichtpatienten. Früher wechselte die Bezugspersonenbesetzung ständig. Es kamen haufenweise Leute, die was "mit Patienten machen wollten". Diese Sorte Linke stieß in beiden Lagern, das heißt, dem harten (hartnäckigen) Kern von Bezubos und Patis (!) zunehmend auf Widerstand. Das liegt auch in den äußeren Bedingungen des Zentrums begründet.Wir stehen eigentlich dauernd vor dem Bankrott. Gelder müssen beantragt werden, die Wohnung muß dauernd und zwar billig in Stand gehalten werden. Die existentielle Not - bei einem Zuschuß von 10 000 DM im Jahr - schweißt schon auch ein bißchen zusammen. Allzuviele Theoretiker, die zum Staubwischen keine Lust haben, verkraftet das Zentrum nicht.

Ein anderer Aspekt, wieso jetzt eine Selbsthilfegruppe aus ganz Kaputten und weniger Kaputten möglich scheint: Die Studenten und unsere Laienarbeiter sind natürlich in der Mehrzahl Intellektuelle, studieren Medizin, Sozialarbeit und so weiter, dürfen sich schon mal in aller Ruhe auf Arbeitslosigkeit einstellen. Kürzlich machte eine Lehrerin aus der Öffentlichkeitsgruppe das erste Staatsexamen.

Wir feierten sie mit einem Trinkspruch: "... und nehmen dich hiermit auf in unseren erlauchten Kreis von Sozialhilfsempfängern und Frührentnern."

Man kann also erkennen, daß objektiv eine Annäherung der Standpunkte stattfindet. Die Studenten sehen sich vieler ihrer Illusionen beraubt. Die Patienten werden zunehmend stabiler - dies vielleicht gegen den unbewußten Willen der Bezubos. Die Klassen nähern sich einander an. Ob die Rollenverteilungen sich aufheben lassen, ist noch ungewiß. Denn es steht die Beziehungsfrage im Raum - und das scheint sehr gefährlich zu sein. Man kann diese Abwehr auch positiv verwerten. Denn bei der Bearbeitung dieser Abwehr kommen ganz entscheidende Zusammenhänge ans Tageslicht. Wir beginnen uns zu fragen, worauf es bei einer Beziehung eigentlich ankommt. So zeigte sich, als beim Plenum endlich die Sexualität auf den Tisch kam: Auch die Frauen aus den Frauengruppen halten sich lieber an die stärkeren Männer. Dies gilt wohl umgekehrt auch für die Bezubomänner. Wenn manche Linke den Patienten verordnen, sich nicht nach oben zu orientieren, sondern mit den Kaputten solidarisch zu sein, dann wird etwas gefordert, was die Bezubos selbst nicht leisten. Ein Stück, sich nach unten zu orientieren, vermeiden sie jedenfalls tunlichst.

LetztenEndes wird im Zentrum das "Glaskasten"-Gefühl der Patienten bearbeitet. Faßt man diesen Zustand von totaler Isolation als Niederschlag einer lebenslang erfahrenen Unsolidarität auf, so wird im Zentrum Solidarität in ihrer psychischen Dimension bearbeitet. Wir machen unsere Gespräche, Aktionen hauptsächlich am Arzt/Patient-Verhältnis fest. Wir meinen, daß die immerwährende Wiederholung dieses Verhältnisses nicht etwa die Krankheit behebt, sondern sie immer wieder neu erzeugt. "Wer schwach ist, braucht einen Arzt, einen Therapeut, eine Bezugsperson usw." Als ich damals an der Uni so richtig in Schwierigkeiten kam, dachte ich gar nicht daran, bei normalen Personen Hilfe zu finden, also Kommilitonen. Vielmehr dachte ich, nur ein Psychiater könne mir noch helfen. Aber ein Psychiater ist eine künstliche Person, die vom Leid der anderen lebt. Er wies mich in die Klinik ein, und ich war vier Jahre weg vom Fenster.

Obwohl die Solidarität im Zentrum zunimmt, müssen wir uns klar sein, daß es auch hier Ärzte und Patienten gibt. Beziehungskapitalisten wider Willen, die Bezugspersonen - und Beziehungsproletarier, die Patienten genannt werden, und sich selbst so nennen. Wieso heißen Patienten eigentlich nicht Patienten-Personen? Damit alles beim alten bleibt, müssen die Rollen immer wieder reproduziert werden. Aber das ist eine negative Schilderung. Sie beschreibt die mögliche (Re-)Produktion von Krankheit im Zentrum.
Wir sind alle irgendwo zwischen Gesundheit und Krankheit. Den Außenstehenden muß dazu gesagt werden, daß wir hier immer wieder von einer Lähmung befallen werden. Dann traut sich niemand, einen Schritt vor oder auch nur zurück zu wagen. Dann reden wir über nichts (?), obwohl wir reden, und wir tun dann auch sehr wenig. Wie in so einer faustdick schizophrenen Familie. Das ist aber auch der Realismus. Die Lösung liegt wohl darin, mehr zu geben und mehr anzunehmen. Vielleicht ist es uns möglich, freigiebiger zu werden, mehr voneinander zu beziehen, nicht zu sparen, sondern zu leben. Wir müssen aufpassen, daß die Leute im Zentrum sich nicht freiwillig in das Verwertungssystem psychischer Krankheit einordnen (eingliedern!).

Bernd Kreuzberg:

ARBEIT IN DER HEIDELBERG FREE CLINIC

Ich bin Diplom-Psychologe und arbeite im Therapieprogramm der Heidelberg Free-Clinic. "Arbeiten" - das heißt etwas anderes als anderswo, beispielsweise in öffentlichen Erziehungsberatungsstellen, in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern oder ähnlichen Institutionen. Die Free Clinic (FC) ist keine Klinik im üblichen Sinn, mit personaler Hierarchie, Stationen, Betten, Visiten, mit chemischen und körperlichen Zwangsjacken (sprich Tabletten, Spritzen, Isolierräumen).
All dies gibt es hier nicht. Die Free Clinic ist eine Ambulanz, in der Menschen allgemein-medizinisch und psychotherapeutisch betreut werden. Daneben gibt es die Möglichkeit juristischer Beratung, ein differenziertes Prophylaxe-Programm ("Gruppenprogramm") mit Encounter-, Bioenergetic-, Gestalt-, Massage-, Meditationsgruppen usw. Außerdem hat die Free Clinic eine spezielle Beratungsstelle für Frauen.
Die Mitarbeiter der FC sind - sofern sie Vollzeitmitarbeiter sind - gleichgestellt, d.h. sie haben alle bei Entscheidungen gleiches Stimmrecht, sie haben gleiches Gehalt (unabhängig von der Arbeit und von der Ausbildung 650.- DM). "Arbeiten" - d.h. in der FC nicht nur therapeutisch arbeiten, sondern auch Organisatorisches, Auseinandersetzungen mit Behörden führen, Öffentlichkeitsarbeit.

Das Therapie-Programm

Das Therapeutische Team besteht derzeit aus drei Psychologen und zwei Ärzten. Wir machen Einzeltherapien (vor allem Gesprächs- und Gestaltspsychotherapien), Krisenberatung in akuten Notfällen, Nachbetreuung für ehemalige Psychiatrie-Patienten und ehemalige Drogenabhängige, Motivations- und Entzugsgespräche mit Fixern und anderen Drogenabhängigen, kurzzeitige Beratungsgespräche und langfristige, intensive Gruppentherapie von einem Jahr Dauer.
Das psychotherapeutische Programm versteht sich als eine Ergänzung zur medizinischen Praxis und arbeitet eng mit dieser zusammen.
Unser Ziel ist es, frühzeitig eine psychotherapeutische Behandlung bzw. Betreuung für Jugendliche anzubieten, deren besondere psychische Probleme sowie deren soziale Kontakte eine Drogengefährdung nahelegen. Damit wollen wir ein "Absacken" in körperliche und/oder psychische Abhängigkeit und die damit einhergehenden Folgen verhindern.
Mit Jugendlichen, die bereits "abgesackt" sind, versuchen wir eine langfristige, intensive Therapie im Sinne einer sozialen Rehabilitation durchzuführen. Im Falle von Drogenabhängigkeit beraten wir die Jugendlichen über die Möglichkeiten eines körperlichen Entzugs und die Weitervermittlung an Therapiehöfe für drogenabhängige Jugendliche.

Der dritte Schwerpunktbereich unserer Arbeit besteht in der Nachbetreuung von Psychiatrie-Entlassenen bzw. Ex-Usern (die einen Entzug hinter sich haben) mit dem Ziel, einen Rückfall und erneutes Absakken zu verhindern.

Unser Klientel im Therapie-Programm

Wir arbeiten vor allem mit Klienten, die gerade bzgl. psychotherapeutischer Versorgung benachteiligt sind: Angehörige sogenannter Randgruppen, Arbeitslose, Nicht-Versicherte, Lehrlinge - allgemein: sozial Unterprivilegierte. Unser soziales Selektionsprinzip geht damit in eine andere Richtung als dies üblicherweise in der Gesundheitsversorgung der Fall ist.
Das bedeutet gleichzeitig, daß wir nicht die Sprachdifferenziertheit bzw. Verbalisationsfähigkeit unserer Klienten als Voraussetzung der "Therapie-Fähigkeit" ansehen, sondern schichtspezifische Lernrückstände, Sozialisationsmängel und die Verhinderung bestimmter Erfahrungen durch therapeutische Maßnahmen abzubauen versuchen.

Therapiekonzeption

Wir sind derzeit noch ein gutes Stück davon entfernt, ein einheitliches Therapiekonzept zu haben. Die Diskussionen darüber laufen und was ich im folgenden darstellen werde, sind einige Erfahrungen und Überlegungen aus meiner Sicht der Dinge.
Zunächst verstehe ich Therapie nicht primär als Anwendung bestimmter Techniken, die Symptome verändern oder beseitigen und den Klienten damit wieder "funktionstüchtig" machen sollen. Daß der Klient - vereinfacht gesagt - seine Symptome "aufgibt", d.h. bereit ist, sich zu verändern, eingefahrene Verhaltensmuster durch neue zu ersetzen versucht (konkret: aufhört zu trinken, fixen usw.) ist gewissermaßen Voraussetzung zur Therapie. Dieses Aufgeben selbstzerstörerischer Verhaltensweisen ist eine der Hauptarbeiten, die der Klient leisten muß - und der er oft langanhaltenden Widerstand entgegensetzt.

Ein Großteil der Therapie nimmt damit die Arbeit am "Widerstand" in Anspruch und das Bewußtmachen jener (Lern-)Mechanismen, die zu einer "Verhärtung des Subjekts" als Mechanismus der Anpassung an die verhärteten Verhältnisse, zu einer Entfremdung von sich selbst und zur Unfähigkeit geführt haben, diese Verhärtung und Entfremdung aus eigener Kraft heraus aufzuheben.
Wenn es also um die Auflösung von "Verhärtung" gehen soll, so darf Therapie nicht nur als instrumentelles Handeln begriffen werden, sondern muß in ihren sozialen Aspekten, d.h. als soziales Handeln begriffen werden. Damit erst wird es ermöglicht, Kommunikationsmuster und Herrschaftsaspekte innerhalb der Therapie (also zwischen Therapeut und Klient) und innerhalb der Institution durchschaubar zu machen und zwar für beide: Klient und Therapeut.

Besonders kritisch ist meiner Ansicht nach gerade immer wieder die Zielbestimmung (was soll verändert werden?), da hierbei die "Privatethik" des Therapeuten zu einem wesentlichen Machtfaktor werden kann. Ich versuche, die Ziele (und auch die Erwartungen) vor allem zu Anfang der Therapie aber auch später immer wieder mit dem Klienten zu diskutieren und deutlich zu machen. Dabei erfährt der Klient auch

meine Vorstellungen und Erwartungen - aber eben als meine und nicht als allgemein verbindliche, die nicht infragegestellt werden dürfen. Im Gegenteil: Ich versuche zu jedem Zeitpunkt der Therapie, unsere Beziehung zu thematisieren und u.U. infrage zu stellen.

Als Therapeut sehe ich mich nicht als eine objektive und neutrale Autorität, sondern als ein Gegenüber mit eigenen Meinungen, Gefühlen, Erfahrungen, eigener sozialer Lerngeschichte, die in jedem Augenblick in das therapeutische Geschehen mit eingehen und folglich problematisiert werden müssen.
Therapie wird damit für mich zu einer Begegnungssituation, in der gemeinsames soziales Lernen stattfindet. Der Klient lernt meine Sicht der Dinge kennen, ohne den Zwang, diese für sich zu übernehmen; er lernt, seine Sicht der Dinge dem gegenüberzustellen, ohne dafür bestraft zu werden. Ich lerne, seine Sicht der Dinge aus seiner Sicht zu sehen und Erfahrungen mit ihm zu teilen.

Geltenlassen von Erfahrungen

Ich sehe Verhalten als Funktion von Erfahrungen an; auch sogenanntes "abweichendes" bzw. "zu-therapierendes" Verhalten (auf die Problematik dieser Begriffe möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen - auch schon deshalb, weil das Indikationsproblem, also wann Therapie und wann nicht, für mich selbst noch ungelöst ist).
"Problem"-Verhalten wird nicht als "Defizit" oder "Exzeß" definiert (zumal gar nicht klar ist, in Hinsicht auf was Verhalten defizitär oder als exzessiv definiert werden kann), sondern wird als berechtigter Ausdruck und möglicherweise einzig mögliche Form der Person angesehen, auf (oft unerträgliche) Umweltgegebenheiten zu reagieren. Es geht für mich folglich nicht darum, Erfahrungen auszulöschen, umzupolen und Verhalten zu kontrollieren (d.h. wegzukonditionieren oder Alternativverhalten anzukonditionieren) oder auch für alles seine Gründe zu finden und damit zufrieden zu sein. Sondern ich versuche, Erfahrungen zu akzeptieren und Verhalten als Resultat von Erfahrungen anzusehen. In der Therapie versuche ich nicht, die (möglicherweise durch bestimmte gesellschaftliche Agenten als inadäquat bezeichneten) Lösungsmöglichkeiten des Individuums zu negieren/bestrafen/kontrollieren, sondern neue Lösungsmöglichkeiten sichtbar zu machen, so daß das Individuum in die Lage kommt, wieder frei zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen zu können. Das ist sicherlich eine hohe Anforderung an den Klienten, insofern er kreativ sein muß, um sein Verhaltensspektrum zu erweitern. Anders gesagt heißt das: Bei Kenntnis der eigenen Lage (Bewußtsein über sich selbst) andere Ausdrucksmöglichkeiten zu finden versuchen, andere Reaktions- und Aktionsmöglichkeiten auszuprobieren (wagen) und sich Bedingungen zu schaffen, die solche Verhaltensweisen ermöglichen.

Damit keine Mißverständnisse auftreten: Es sollen nicht die negativen Einflußfaktoren der Umwelt negiert werden oder der Klient dagegen imunisiert werden ! Im Gegenteil: Das Individuum soll in die Lage versetzt werden, sich aktiv mit seiner Umwelt auseinander zu setzen.
Der Kontrollcharakter der sozialen Umwelt darf nicht ersetzt werden durch einen therapeutischen Kontrollmechanismus, wie dies traditionellerweise z.B. durch sogenannte "Etikettierungen" (als "neurotisch",

"soziopathisch", "schizophren" usw.) geschieht. Derartige Klassifizierungen haben keine reale Fundierung, sondern sind ein Mythos und zugleich Ausdruck gesellschaftlicher Sanktionen, die im psychiatrischen Bereich oft zur Legitimierung bestimmter medikamentöser Vergewaltigungen und von "nicht-therapiefähig" benutzt werden.

Ich gehe davon aus, daß jeder berechtigt ist zum "Kranksein", "Ausgeflipptsein" usw., und daß solche Erscheinungen bei Offenlegung und Hinterfragen des gesellschaftlichen Kontextes ihre Berechtigung haben. Ausgeflipptsein ist unmittelbarster Ausdruck von Leben unter unerträglichen Bedingungen und gleichzeitig ein Versuch, diesen zu entkommen. Es gilt, diese Bedingungen zu verändern, nicht das Ausgeflipptsein.

Probleme der Institutionalisierung und Professionalisierung

Obgleich ich versuche, die Klienten in ihrem gesamten Lebensbezug und vor dem Hintergrund ihrer gesellschaftlichen Realität zu sehen, sind mir jedoch gleichzeitig die Grenzen therapeutischen Arbeitens deutlich. Zwar trennen wir die Klienten nicht von ihren realen Lebensbereichen (wie es in der stationären Psychiatrie der Fall ist), aber wir haben auch keinen unmittelbaren Zugang zu diesen Bereichen. Nicht wir gehen zu unseren Klienten, sondern sie kommen zu uns. Allerdings kommen zu uns Leute, die (laut Statistiken) überlicherweise keine ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe aufsuchen würden. Unser Angebot gilt gerade denjenigen, die sonst überall zu kurz kommen.

Wir leben nicht mit unseren Klienten zusammen und erfahren ihren Lebensbezug daher nicht unmittelbar, sondern vermittelt. Ein weiteres damit zusammenhängendes Problem sehe ich in der Einbeziehung der sozialen Umwelt, d.h. von Bezugspersonen, Eltern, Lehrern, Arbeitgebern, Freunden. Wir werden in Zukunft stärkere Versuche in dieser Hinsicht machen müssen, obgleich unsere bisherigen Erfahrungen (beispielsweise was die Mitarbeit von Eltern betraf) enttäuschend waren. Die Vorurteile waren stärker. Unsere Klienten ihrerseits sind untereinander isoliert. Versuche, in der Free Clinic eine Patienten-Vollversammlung zu machen, sind gescheitert. Vom Ideal einer "Solidarisierung" sind wir derzeit weit entfernt. Wir sehen jedoch die Möglichkeit, neue Wege zu gehen, z.B. therapeutische Wohngemeinschaften, Patienten-Clubs oder autonome Gruppen.

Die Begrenztheit von Therapie sehe ich auch darin, daß viele Bereiche trotz Therapie unverändert bleiben - z.B. Wohn- und Arbeitsverhältnisse. Dem stehen zum Teil große Erwartungen der Klienten gegenüber, alle Probleme "ge"löst, alle Bedürfnisse erfüllt zu bekommen. Der Wunsch nach radikaler Änderung innerhalb kürzester Zeit hängt meiner Auffassung nach eng mit der Klassenlage zusammen: Je radikaler diese ist, desto radikaler ist der Änderungswunsch des Betroffenen.



Chuck, Heidelberg Free Clinic:

WELCHEN POLITISCHEN SINN HABEN ALTERNATIVE PROJEKTE?

Ich glaube, daß Gegenmodelle heute einen entscheidenden Beitrag zur Überwindung des gesellschaftlichen Status quo leisten können und müssen.
Sie stellen ein dringend benötigtes Instrumentarium dar, mit dessen Hilfe neue Weisen des menschlichen Zusammenlebens experimentell erprobt und tendenziell realisiert werden können. Damit können auch politische Auseinandersetzungen (die ja immer von Zielsetzungen, das heißt: von Träumen ausgehen) auf einer direkter erfahrbaren, weniger abstrakten und damit auch weniger systemimmanenten Ebene stattfinden. Daß sie nicht das Allheilmittel darstellen, versteht sich von selbst.

Wir halten es für falsch, simplifizierend und gefährlich, nur zwei Extremansätze für möglich zu halten, wie dies in der derzeitigen Diskussion oft geschieht:
- Alternativmodelle als Vorwegnahme einer Utopie (mit der im- oder expliziten Erwartung, die Beispiele würden ohne nennenswerten Widerstand im Schneeballprinzip immer neue Modelle hervorbringen und so in kürzer Zeit auf friedlichem Wege zu einer totalen Veränderung der Gesellschaft führen);
- Alternativmodelle als eskapistische Glück im Winkel-Ideologie kleinbürgerlicher Individuen, die "echte" politische Arbeit scheuen und so - ob bewußt oder nicht - eine affirmative Funktion für die Reaktion erfüllen.

Die erste Position wird von den naiv-gottvertrauenden Ausgeflippten, die zweite von den orthodoxen Politikos mit den zusammengebissenen Zähnen vertreten.

Wenn wir an dieser Welt leiden und etwas tun wollen, damit sich die Dinge ändern, dürfen wir weder starr noch naiv sein. Das erfordert eine ganze Menge einer neuen Art von Mut; auf der einen Seite: Verzicht auf die Identitätsstütze des Dogmas, auf der anderen Seite: Verzicht auf die trügerische Sicherheit eines altgewordenen Babies mit großen Augen. Dem Verzicht entsprechen Selbstakzeptieren, Selbstverantwortlichkeit und die Fähigkeit, ohne das Gesicht verlieren zu müssen, Kritik ertragen zu können.

Gegenmodelle dürfen daher nicht nur strukturell und in ihrer unmittelbaren Wirkung nach außen gesehen werden, sondern es ist genauso wichtig, den begleitenden Prozeß der Bewußtseins- und Verhaltensänderung der daran Beteiligten zu verfolgen.
Darin sehen wir eine Möglichkeit, daß es nach Erreichen des Zieles (nämlich der Änderung gesellschaftlicher Machtverhältnisse) nicht plötzlich ganz anders aussieht als in den "Träumen", und Zynismus

an deren Stelle tritt. Um auf eine Gesellschaftsordnung hinzuarbeiten, in der die Herrschaft des Menschen über den Menschen und die Herrschaft menschgeschaffener Strukturen über den Menschen auf ein Minimum geschrumpft sind, müssen wir zuerst den gegenwärtigen Zustand und die Effizienz der bisher angewandten oder in Zukunft anzuwendenden Mittel analysieren. Unsere Analyse des Jetzt-Zustandes führt zu zwei Paradoxien, die sowohl für das kapitalistische System als auch - zunehmend deutlicher - für die staatssozialistischen Systeme gelten; beiden gesellschaftlich-ökonomischen Systemen liegt nämlich ein technokratisches Welt- und Menschenbild zugrunde.

1. Es ist fünf Minuten vor zwölf, und zwar nicht nur für einzelne Klassen oder Individuen, sondern für die gesamte Menschheit.
2. Bei produktiver Anwendung des erreichten technologischen Niveaus ist "Freiheit von ..." und damit "Freiheit zu ..." zum ersten Mal keine wehmütige Utopie mehr, sondern eine reale Chance für den überwiegenden Teil der Menschen.

Zu 1: Die Perfektionierung des materialistisch-industriellen Systems hat zu einem Novum geführt. Die derzeit aktuellsten Bedrohungen, zum Beispiel die zunehmende Lebensfeindlichkeit unserer Umwelt, die Gefahr einer Auslöschung der Menschheit durch einen thermonuklearen Krieg, die zunehmende Entmenschung und Roboterisierung von Menschen bedrohen nicht nur mehr - wie zu Krisenzeiten der Vergangenheit - fast ausschließlich die schwächeren Individuen und Völker, sondern prinzipiell uns alle. Privilegierte Individuen oder Nationen (z.B. die BRD) können sich zwar voraussichtlich noch etwas länger halten und vielleicht auch auf subjektiv weniger unangenehme Art und Weise kaputt gehen. Aber bedroht sind wir alle: jedes privilegierte Individuum und jede privilegierte Nation, ob wir uns dessen nun schon bewußt sind oder nicht.

Damit ist zumindest prinzipiell eine andere Verlaufsform der Änderung gesellschaftlicher Machtverhältnisse denkbar als früher, wo sich die Privilegierten immer mit einiger Sicherheit darauf verlassen konnten, mit heiler Haut davon zu kommen.
Solidarität ist deshalb heute für "Privilegierte" nicht mehr eine unverbindliche Leerformel, sondern eine Lebensnotwendigkeit.

Zu 2: Wir machen heute die Geburtswehen einer neuen Möglichkeit der Organisation des menschlichen Lebens durch - mit allen Risiken. Es ist möglich geworden, für alle eine Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse zu garantieren, wenn wir die Technologie für uns statt gegen uns arbeiten lassen. Darüberhinaus gehen wir in der Free Clinic davon aus, daß Menschen vor allem deshalb mehr als andere wollen (Macht, Besitz, Ansehen) und brutal darum kämpfen, weil sie (bewußt oder nicht) Angst haben, anderenfalls ohnmächtig, arm und abgelehnt zu sein.

Wenn nun auch noch durch die Automation der objektive Zwang zu entfremdeter Arbeit und entwürdigender Arbeit hinfällig wird und damit auch das sinnentleerte Leistungsethos, dann haben Menschen die echte Chance, ihr Leben in einer Form zu erleben, in der sie nicht mehr auf die Ersatzbefriedigung immer neuer industrieller gadgets und Symbole angewiesen sind. Dabei gehen wir davon aus, daß der Mensch

ein Wesen ist, das Selbsterfüllung, Kreativität, Wärme und Solidarität sucht. Und daß Homo Faber und Homo Ludens sich nicht gegenseitig ausschließen.

Ausgehend von diesen beiden Hypothesen beharren wir auf der Realität der historischen Chance, die heutige Auseinandersetzung um unsere Zukunft anders verlaufen zu lassen, als das in der Vergangenheit möglich war.
Noch einmal: das bedeutet nicht, naiv zu meinen, "alternativ zu leben" reiche schon, und alles andere wird sich von selbst ergeben. Wir wissen, daß Privilegierte (Individuen wie Nationen) nicht ohne Druck ihre Privilegien aufgeben, selbst wenn es sich dabei offensichtlich nur um Pseudoprivilegien handelt und Alternativen vorhanden sind (wir erleben tagtäglich an uns selbst, wie schwer wir uns tun, Verhaltensweisen aufzugeben, von denen wir genau wissen, wie zerstörerisch sie für uns selbst sind). Wir alle, nicht nur die Privilegierten, haben das System verinnerlicht.

Die notwendige Auseinandersetzung wird aber umso weniger destruktiv und sadistisch sein müssen, je mehr es gelingt, bewußt zu machen, daß der angestrebte neue Zustand nicht bedrohlich zu sein braucht, sondern eher das Gegenteil ist. Weiterhin: daß es eine Frage des simplen Überlebens ist, auf Zustände hinzuarbeiten, die bisher bestenfalls den Inhalt von Träumen darstellen konnten.

Eine Funktion von Gegenmodellen ist es, zu dem notwendigen Prozeß des Werte-Umwertens erprobte Ansätze beizusteuern und in die gesellschaftliche Diskussion einzubringen. Sie können dazu helfen, das dumpfe Gefühl zu verhindern, daß man den Ast absägt, auf dem man sitzt. Diese Sorte Angst haben - bis auf die "Verdammten dieser Erde", die offensichtlich nichts mehr zu verlieren haben - fast alle Menschen in den zivilisierten Ländern. Das ist bei vorurteilsloser Betrachtung u.E. eine unleugbare Tatsache - auch wenn grundsätzliche quantitative Unterschiede und unterschiedliche Bewußtseinsformen bestehen.

Wir gehen davon aus, daß wir mehrgleisig Politik machen müssen und daß die Gegnerschaft zwischen "politisch Arbeitenden" und "alternativ Arbeitenden" - die in der BRD mehr als in anderen westlichen Ländern besteht - überwunden werden muß. Es besteht für uns kein Zweifel daran, daß herkömmliche politische Arbeit (Veränderung bestehender Machtverhältnisse durch organisierten Kampf) weiterhin notwendig ist. Daß aber auch dabei nur gewonnen werden kann, wenn über der Verbissenheit des Kampfes der ursprüngliche Traum, die Basis des Kampfes, nicht verloren geht, wenn auch hier die Kämpfenden sich über ihre eigene Motivation (und nicht nur die derjenigen, für die sie zu kämpfen vorgeben) klarwerden, wenn sie erkennen, daß es nicht um den triumphierenden Sieg, sondern um die Veränderung selbst geht. Die Trennung zwischen "politischer" und "alternativer" Arbeit kann immer nur tendenziell sein und muß nach und nach verschwinden. Jeder Ansatz benötigt den anderen. Erfahrungen und Resultate des einen werden direkt oder indirekt den anderen beeinflussen. Gegenmodelle treffen ein System, das sein statisches Welt- und Menschenbild nach folgendem argumentativem Zirkelschluß verteidigt: Die Dinge sind nun einmal so wie sie sind und deshalb ist es müßig

zu versuchen, sie zu verändern. Gegenmodelle leisten Arbeit zur experimentellen Überwindung des gesellschaftlichen Überbaus und bringen damit ein kulturrevolutionäres Element in die politische Auseinandersetzung. Selbst wenn die Ergebnisse dieser Arbeit vom System assimiliert werden, verändern sie es;
- sie können durch Ausbreitung (dies jedoch nur mit Unterstützung durch "konventionelle" politische Kräfte) zu einem direkten gesellschaftlichen Machtfaktor werden;
- sie bieten eine Chance, daß Machtauseinandersetzungen produktiver verlaufen und geben damit einfach mehr Mut für den politischen Kampf.

Am berühmten Tag X der Veränderung der gesellschaftlichen Machtverhältnisse wird der neue Mensch nicht von einem Moment zum anderen aus dem Boden gestampft werden können, selbst wenn die gesellschaftlichen Voraussetzungen dafür geschaffen wurden. Ob Revolutionär oder nicht: wir alle haben - wenn auch in unterschiedlichem Maße - das Wertsystem der kapitalistisch-technokratischen Welt verinnerlicht. Wenn nicht schon Strukturen und Erfahrungen bestehen, auf die man zurückgreifen kann, um sie dann weiterzuentwickeln, ist die Gefahr groß, daß sich zwar die Machtverhältnisse geändert haben, aber das System der Lebensfeindlichkeit weiterbesteht. Alternativmodelle sind heute ein Weg, um zu erreichen, daß der Sieg morgen nicht nur ein Pseudosieg wird.

Gegenmodelle können sich auf allen Gebieten bilden, wo eine Auseinandersetzung mit Werten unserer Gesellschaft möglich ist, also quasi in allen Lebensbereichen (die Perversion unserer Welt zeigt sich nicht so sehr in den großen, dramatischen Ereignissen, sondern in der Folge der täglichen Begebenheiten).
Ansätze bieten sich vor allem dort an, wo das System schon jetzt den offenen Bankrott erklären mußte, bzw. diese Tatsache nur mühsam verschleiern kann. Oder aber in Nischen, in die sich das System nicht hineinwagt bzw. zumindest vorübergehend aufgibt.

Was diese Experimente inhaltlich einigt, ist zuerst einmal die radikale Ablehnung der Gesamtheit des Bestehenden. Darüberhinaus muß im gegenwärtigen Zeitpunkt ein weitgehender Pluralismus legitim sein: unter der Voraussetzung, daß Ergebnisse und Erfahrungen ausgetauscht und überprüft werden können, und flexibel notwendige Änderungen vollzogen werden können, und daß eine Zusammenarbeit mit allen für eine Veränderung des status quo arbeitenden Kräften besteht. Ohne diese Zusammenarbeit kommt es zu einer trügerischen Idylle.



Michael Honig:

"MAN KANN NICHT MIT ALLEN METHODEN UM EMANZIPATION KÄMPFEN!" – EIN INTERVIEW MIT CHUCK UND WERNER VON DER HEIDELBERG FREE CLINIC AM 7. MÄRZ 1976 –

Chuck: Eine wichtige Sache, die wir in den Konflikten mit der Stadt gelernt haben, war, daß ein unheimlicher interner Prozeß in der Gruppe nötig ist, um den Konflikt nach außen ausfechten und durchstehen zu können. Unsere Taktik nach außen und unsere Taktik nach innen hin haben sich sehr stark beeinflußt, das heißt: wie wir miteinander umgingen und wie Entscheidungsprozesse zustande gekommen sind.

Werner: Ein gutes Beispiel ist unser Erster Offener Brief.

Chuck: Ich hatte den Brief zuerst allein geschrieben. Der wurde dann angegriffen - ich wurde da echt zur Schnecke gemacht; zum ersten Mal. Mir war das irgendwie peinlich, denn ich zieh' so Sachen gerne allein durch. Und da haben wir uns dreimal getroffen, um den Brief zu kürzen, grammatikalisch und stilmäßig zu bearbeiten und am Schluß mußte ich zugeben: der war jetzt echt besser geworden, als wenn ich das allein gemacht hätte. Klarer, konsequenter in der Aussage. Das war sehr wichtig, auch für mich.

Werner: Chuck meinte, jetzt sei es Zeit, aktiv zu werden. Wir müßten das jetzt machen (den offenen Brief), müßten Unterstützung kriegen, Öffentlichkeit. Die andere Sache war aber, daß wir nicht provokativ werden wollten.

Chuck: Das wichtigste war die Idee: In der Sache fest bleiben, auch mit dem Risiko des Scheiterns, aber nicht zu eskalieren; d.h. meine Interessen zu vertreten und darauf zu bestehen, aber mich nicht auf ein Spiel einlassen, bei dem es darum geht zu gewinnen. Wer gewinnt? Wer triumphiert?

Werner: Dabei bin ich mir aber nie so ganz sicher, ob das nicht doch irgendwo ein Machtspiel bleibt.

Chuck: Mir ist aber wichtig, daß das bewußt bleibt. In diesem Sinne bin ich auf die letzte Presseerklärung sauer. Ich bin da auf Dich sauer, und ich bin auf mich sauer. Du hast gesagt: "Jetzt reicht's, wir haben soviel geschluckt, jetzt zeigen wir auch mal...".

Werner: Es ging nicht ums Gewinnen allein.

Chuck: Ums Gesicht wahren, uns selbst gegenüber. De facto haben wir damit mehr den Schwanz eingezogen, als wenn wir sie in dieser Form nicht geschrieben und veröffentlicht hätten. Es war eine Handlung, die der Taktik widersprach, nicht zu provozieren, nicht ein Machtspiel daraus zu machen.

Michael: Was kann man damit erreichen? Würdet Ihr sagen, daß alle politischen Auseinandersetzungen nach dem Muster von Machtspielen begriffen und gehandhabt werden können?

Chuck: Bisher war das allermeistens der Fall. Um zu verhindern, daß ein Systemwechsel nicht eine Neuauflage der alten Machtverhältnisse bedeutet, muß der Stil der Auseinandersetzungen jetzt anders werden.

Werner: Woran wir uns in dieser Auseinandersetzung irgendwie orientiert haben, war Wyhl. Das war für uns ein Vorbild. Man hat immer versucht, uns in eine bestimmte Ecke abzudrängen: "Ihr treibt ab", oder so Unterstellungen; mir haben sie vorgeworfen: "Du hast im SPAK-Konstanz mitgearbeitet, und das ist eine ganz linke Arbeit" usw. Das haben wir versucht aufzufangen und da ganz ruhig drauf einzugehen, bzw. die Absurdität der "Anschuldigungen" aufzudecken.

Michael: Was der O.B. Zudel eigentlich für Interessen in dem Konflikt?

Chuck: Die unterschiedlichsten, nur richtig weiß das keiner. Zum Beispiel das Oberschulamt (CDU) hatte ihm moniert, daß wir Atteste ausschreiben, mit denen wir "praktisch die Subversion an den Schulen betreiben". Wir hatten da mal ein Attest für 'nen Schüler gemacht, der - ich kann mich erinnern - so reingekommen ist und gesagt hat, er hält's nicht mehr aus mit seinem Turnlehrer, er hat Angst, vom Reck zu fallen oder vom Barren und sich war zu brechen und so, und er hält das nicht mehr aus. Ob wir ihm das nicht attestieren könnten, daß er nicht mehr in den Turnunterricht gehen kann. Und wir, naiv wie wir eben sind, haben das genauso reingeschrieben. Die Schule hat ans Oberschulamt geschrieben, das Oberschulamt an den O.B. Zundel, - da kommt die spezifische Heidelberger kommunalpolitische Szene mit ins Spiel - O.B.-Wahlen, Mehrheitsverhältnisse, sozio-ökonomische Struktur - und man darf nicht vergessen, daß das ganze sich in einer Zeit der allgemeinen gesellschaftlichen Restaurierung abspielte. Die andere Sache ist die ganze Heidelberger Vergangenheit, die da hochkommt. Also die Frauengruppe, die in Heidelberg so mit Häuserbesetzungen und so - das ruft so bestimmte Assoziationen wach. Die ist dann plötzlich bei uns mit dabei. Darüber hinaus noch ein weiterer Grund, den wir vermuten: Im Zuge der sogenannten Altstadt-"Sanierung" soll, wie wir gerüchteweise gehört haben, das Haus, in dem sich die Free Clinic befindet, z.T. abgerissen werden. Wenn das so wäre, und die Free Clinic dann noch bestünde, müßte die Stadt ihr Ersatzräumlichkeiten verschaffen und das dürfte ziemlich schwierig sein, weil es unseres Wissens nach in Heidelberg kein vergleichbares Gebäude mehr gibt, außerdem wäre es so teuer und politisch unbequem. Also liegt der Gedanke nah, daß man uns schon bevor es soweit ist entweder zur Aufgabe treiben will oder uns auf eine andere Weise das Wasser abzugraben versucht - dann stünde halt das Haus einige Zeit leer und könnte dann in Ruhe abgerissen werden. Also der Konflikt nur als unauffälliger Zug in einer längerfristigen Planung? Und wir "konkurrieren" dann mit anderen Institutionen der Jugendarbeit, vertreiben ne "Massenideologie" mit Encounter-gruppen und was weiß ich noch, und das wird gefährlich, da lugt dann das Gespenst des SPK um die Ecke, und damit entsteht von vornherein ein feindlich aufgeheiztes Klima in der Öffentlichkeit.

Michael: Und O.B. Zundels Konzept war jetzt, Euch auf das Erbe von Release festzulegen und Euch so vom Kern Eurer Arbeit, was ihr Arbeit mit gefährdeten Jugendlichen nennt, abzuschneiden.

Chuck: Damit betreibt er eine Politik, die derzeit überall in der Sozialarbeit betrieben wird: Ghettoisierung. D.h., daß hier in der Free Clinic nur noch eine bestimmte Art von Menschen sein darf, sich aufhalten kann, abgeschlossen von der Berührung mit anderen. Das kann man ja auch in seinem Brief gut nachlesen: Da kam dann das Argument, "normale", "nur" verhaltensgestörte Jugendliche würden durch die Gegenwart von Konsumenten illegaler Drogen "verführt" - einfach absurd. Bei uns - solche Sache wurde in der Diskussion wirklich aufgebracht, man höre und staune - sei es ja so sauber und es herrsche eine so angenehme Atmosphäre (im Klartext: eigentlich viel zu gut für unsere "eigentlichen" Klientel, die "Drogen"leute - also sei das suspekt)

Michael: Dabei kommt er doch in die Klemme, weil ihr nach Richtlinien gefördert werdet, wo von Prophylaxe und so die Rede ist, ihr seid auch als Jugendberatungsstelle anerkannt. Was der O.B. in dem Mietvertrag mit euch nicht anerkennen will.

Chuck: Der O.B. versuchte, sich zuerst als oberste wissenschaftliche Autorität auf unserem Arbeitsgebiet - wo er keine Ahnung hat - zu präsentieren und von dieser Haltung mußte er eben runter.

Werner: Das Timing der ganzen Sache war aber, das muß man auch sehen, sehr günstig für uns. Der offene Brief kam gerade raus, als wir erfuhren: Frau Focke (Bundesminister für Familie, Jugend und Gesundheit) kommt nach Heidelberg, um sich Projekte anzuschauen, die von ihrem Ministerium gefördert werden. Zu derselben Zeit, aber unabhängig voneinander, fing auch der Konflikt an. Das war auch ein wichtiger Punkt: Ebermann (Drogenbeauftragter des Landes Baden-Württemberg, in Heidelberg lebend, und vom O.B. gerne als höchste Autorität angeführt) kam hierhier, mit der Focke. Die Focke blieb länger als geplant, die blieb nicht nur eine viertel- sondern eine dreiviertel Stunde und trank auch ihren Tee, obwohl sie anfänglich keinen trinken wollte und fühlte sich dann hinterher unheimlich wohl und war angetörnt von unserer "Atmosphäre".

Chuck: Sie kam mit nem unheimlichen Ballast beladen bei uns rein, denn ihr Besuch, fünfter in Heidelberg an diesem Tag, hatte nen nervenaufreibenden Hintergrund: Ankündigung ihres Besuches durch die Heidelberger SPD, "Ausladung" durch Zundel, Absage durch ihren persönlichen Referenten, Krach in der Heidelberger SPD, die deshalb beinahe auseinanderkrachte, nach vielen hin und her stellte sich die SPD dann geschlossen hinter uns und gegen ihren Parteigenossen Zundel, Druck von der SPD auf Frau Focke - Telefonate, Brief, Gesprüche, Hektik, Gerüchte - na ja, das war der Hintergrund, mit dem beladen sie bei uns ankam. Und am Schluß ging sie dann ganz relaxed raus. Unten im Großen Raum, wo wir miteinander redeten, ist noch der Luftballon vom Jan (dem 2jährigen Kind eines Mitarbeiters) geplatzt, und der Sicherheitsbeamte ist zusammengezuckt. Nicht nur der Sicherheitsbeamte übrigens, wir alle waren für einen Moment aufgeschreckt, weil wir nicht wußten, was los war, der Raum war auch

so proppevoll mit Leuten; diese sich so "knallartig" auflösende Spannung hat auch mit dazu beigetragen, daß die allgemein unheimlich gespannte Atmosphäre sich lockerte.

Werner: Das war schon zimlich nervend. Nun merkte sie aber auch, daß die Räume nicht so waren, wie man ihr das erzählt hatte. Die Atmosphäre in dem Therapieraum ist aber auch echt gut!

Chuck: Und wir haben, auch wenn wir uns intern darüber nicht so klar sind, eine gewisse Ausstrahlung als Gruppe. Und das Haus (das wir dazu gemacht haben, was es jetzt ist - am Anfang war das nur ne alte, völlig abgefuckte Fabrik) auch, sowas wirkt eben schon. Und davon gehe ich bei der Strategie aus, daß unsre Gegenüber auch Menschen sind und auf sowas reagieren.

Werner: Zundel hatte doch versucht, sie auszuladen. Als das dann doch nicht lief, wurde sie vor"informiert", wir würden hier "expandieren" und Arbeit machen, die mit der Förderungsgrundlage durch ihr Ministerium nichts mehr zu tun hätte. Da haben wir das eben erklärt: Wir haben hier nicht ausgeweitet, wir haben unsere Tätigkeit differenziert. Das hat ihr echt geholfen, nicht nur, sich gut zu fühlen, sondern auch inhaltlich zu akzeptieren, was wir hier machen. Das hat die Wendung gebracht: sie hat selbst gesagt - klar, Differenzierung, die ist nötig und die machen das hier!

Michael: Da ist für die Focke nun auch eine echte Argumentationshilfe, denn wenn man mal in die Absichtserklärungen ihres Ministeriums hineinschaut: da steht ja, daß Prävention und Prophylaxe und Beratung allemal wichtiger sind als die Therapie, wenn's zu spät ist. Es sind ja die rechten Kräfte ihrer eigenen Partei, die diese "Ausweitung" der Arbeit verhindern wollen.

Werner: Ich habe selten einen Politiker gesehen, der so eindeutig Stellung genommen hat für ein Projekt. Auch jetzt wieder, nachdem sie diese Dokumentation gekriegt hat ("Wir sind zur Diskussion bereit!", Dokumentation zur Auseinandersetzung zwischen der Heidelberg Free Clinic und dem Heidelberger O.B. Zundel um einen Mietvertrag für die Free Clinic), einen persönlichen Brief schreibt und den Besuch von ihren relevanten Mitarbeitern angekündigt hat und ganz eindeutig versucht, diese Sache durchzukriegen.

Chuck: Ja, das hat mich auch sehr gewundert und beeindruckt.

Werner: Natürlich hat sie dafür auch andere Gründe und es wäre naiv anzunehmen, ihr ganzes Engagement sei nur dadurch gekommen, daß es ihr bei uns so gut gefiel. Aber immerhin.... Was uns auch bestätigte: der zuständige Sachbearbeiter der Landesregierung sagte uns: er fände es unheimlich gut, wie er hier Informationen erhält, die sachlich und umfassend sind.

Michael: Mich erstaunt das unheimlich, daß solche Leute das überhaupt zugeben.

Chuck: Das ist was, wo für mich ne Grundsatzsache reinkommt: Die Weise, wie ich mich schildere; zum einen gehe ich da nicht naiv-optimistisch ran und plaudere über meine "privatesten" Phantasien.

Aber ich gehe davon aus, daß, wenn mein Gegenüber nicht ein völlig verknöcherter Typ ist, es immer noch in ihm drinsteckt, daß er irgendwann mal angefangen hat als ein Typ, der Träume hatte. Ich muß aber vorsichtig sein, inwieweit ich mich drauf verlasse. Also nicht naiv, so: alle Menschen sind Brüder, aber auch nicht das Gefühl vermitteln, ich hab ängstlich was zu verbergen.

Michael: Du nimmst ihn ernst. Du gehst nicht auf ihn zu als auf die Marionette des Kapitals.

Werner: Er ist schon ein Buhmann. Aber er ist nicht der Buhmann, als der er immer hingestellt wird, der überhaupt nicht mehr Mensch ist. Der nur noch ne Puppe ist, die zu tanzen hat, ne Marionette.

Chuck: Bei Zundel ist das für mich schwerer, er ist für mich so ne Art "Angstgegner" - da laufen bei mir ne ganze Menge persönlicher Filme und Unsicherheiten. Ich fühl' mich da schlecht in der Weise, daß ich irgendwie manchmal nicht mehr weiß, was eigentlich mein Ziel war, daß ich mich total eingeschleimt fühle, daß ich mir während der Verhandlung das Gesetz des Handelns und auch des Denkens vorschreiben lasse. Bei dem kann ich nichts mehr machen mit "offen" oder "menschlich". Es ist aber jetzt besser als früher, ich komm' mir nicht mehr so ohnmächtig vor.

Werner: Es war sehr wichtig, daß wir uns gründlichst vorbereitet haben auf das erste längere Gespräch mit dem O.B. Wir sind mit vier Leuten hingegangen,und wir haben echt die Situation durchgespielt mit allen Argumenten, vor und rückwärts.

Chuck: Und ich habe die Situation und meine Art zu reagieren psychodramatisch durchgespielt und Handlungsalternativen erprobt.

Werner: Und wir haben eine bestimmte Sitzordnung gehabt in der Sitzung. Es gab bestimmte Taktiken, wie wir uns gegenseitig unterstützten und uns auch auf Fehler hinwiesen. Das ist wirklich so gelaufen, wir haben das echt so gemacht. Und es war sehr wichtig.

Chuck: Für mich ist es sehr wichtig,vor so ner Sache genau zu chekken: was will ich wirklich erreichen? Und mich dann nicht ins Schleimen bringen lasse.

Werner: Ja, das haben wir auch ziemlich deutlich rausgebracht, das war eine echt wichtige Sache für uns.

Chuck: Ich habe die Situation vorher durchgespielt mit Transaktionsanalyse. Daran ist für mich nichts Lächerliches. Was für mich nämlich in der ganzen Auseinandersetzung sehr stark reinkam ist mein "Skript". Bei mir besteht das in diesem Fall darin, daß ich auf einen bestimmten Punkt hinsteuere, wo ich scheitere und dann selbstgerecht sagen kann: "Seht ihr, ihr seid böse, ihr seid schuld, daß die Free Clinic kaputt geht". Daß ich in ner Verhandlung, ganz egal wie die sachliche Lage aussieht, auch irgendwie auf so ne Situation zusteuere, unbewußt die Weichen stellen helfe für ein Ergebnis, das dann dieses selbstgerechte Scheitern bedeutet.

Werner: Ich seh darin übrigens kein Verkaufen unserer Position. Es ist eine Form, unsere Position zu vertreten, die uns nichts nimmt von uns selbst.

Chuck: Was ist mein Ziel? Mit nem Verbalradikalismus komme ich nicht weiter. Das bringt mir nichts, das bringt mir vielleicht das Gefühl, daß ich nicht nachgegeben habe, aber dabei wild um mich gestrampelt habe und am Schluß unterliege ich und habe das Gefühl: Das bringt ja doch alles nichts, so ungefähr.

Michael: In der Niederlage resignierst Du, oder Du kommt ganz groß raus.

Chuck: Ja, selbstgerecht.

Michael: Die anderen sind schuld, die Marionetten des Kapitals oder sonst was Objektives. Du bist es nicht gewesen.

Chuck: Selbstgerechtigkeit ist etwas Gefährliches. Sie führt nämlich nicht nur zu keiner Veränderung, sondern ist auch eine Sache, an die man sich klammert, auch wenn's noch so destruktiv ist.

Werner: Ich habe in der Auseinandersetzung nicht an Selbstbewußtsein verloren. Das ist für mich wichtig. Ich wollte zwar in der Auseinandersetzung offensiver sein, teilweise habe ich doch das Gefühl gehabt, wir reagieren zuviel. Das war schon meine Angst dabei.

Chuck: Wir konnten das noch nicht aufarbeiten. Aber die Arbeit läuft doch ganz anders weiter als vorher, und es war für alle, die neu dabei sind, eine unheimlich wichtige Erfahrung. Es war für viele das erste Mal, wo sie sich klar wurden, wo sie überhaupt sind. Daß das unsere gemeinsame Sache ist hier, keine Institution, die von alleine weiterläuft. Aber jetzt haben wir den Vertrag endlich, seit Anfang letzter Woche. Jetzt geht's um die Auslegung. Und da müssen wir uns genau überlegen, wie wir da die Auseinandersetzung führen.

Michael: Im Grunde habt ihr ein unheimliches Schwein. Ihr habt die Focke auf Eurer Seite, die CDU-Landesregierung gibt Euch Geld, ihr habt den Drogenbeauftragten überzeugt, ihr habt eine durchweg sehr positive Resonanz in der Fachpresse und eine gute Tages- und Wochenpresse. Ich denke jetzt an die vielen kleinen, nicht so prominenten sozialpädagogischen Modelle, die dieselben administrativen, politischen und finanziellen Widerstände zu überwinden haben. Was können die von Euch lernen?

Werner: Sie können auf jeden Fall mehr mit Öffentlichkeitsarbeit machen, auch wenn das die Gefahr des Sich-Verkaufens und der Public-Relations um ihrer selbst willen in sich birgt. Das ist nämlich der große Trugschluß, daß sie's nicht können. Wir haben's im Jugendwohnkollektiv in Konstanz, wo ich gearbeitet habe, ähnlich gemacht. Wir hatten einen großen Artikel in der Brigitte, zwar kein Fernsehen, aber mehrmals Rundfunk, die Zeitung usw.

Chuck: Du darfst Medienarbeit in der bürgerlichen Presse nicht nur

dem Gegner überlassen. Berichtet wird mit Sicherheit. Nur ist die Frage: wie? Es ist natürlich auch die Frage, wo hört's auf. Also mit Bayernkurier oder der Welt, da wär nichts drin. Der Stern ist schon die Grenze.

Werner: Ich fand es wirklich phänomenal, daß wir noch in der Konfliktphase es geschafft haben, Presse-Adressen zu sammeln und die Leute zu verständigen, was da läuft. Das heißt, gleich am Anfang haben wir die wichtigsten Adressen rausgesucht usw. Wir haben alle unsere alten Kontakte aufgefrischt. Und es gibt genügend Leute beim Fernsehen oder anderswo, die darüber gern berichten.

Michael: Das hört sich jetzt so an, als wenn ne gute Medienarbeit wichtiger wäre als ne politische Solidarität.

Chuck: Bis zu nem bestimmten Grad würde ich das sagen. In nem bestimmten Stadium von ner Auseinandersetzung: ja. Wobei ich nicht finde, daß das eine das andere ausschließt. Aber sich nur darauf zu verlassen, auf der linken Szene irgendwie eine Solidarität zustandezukriegen und die Medienarbeit in der bürgerlichen Presse usw. darüber zu vernachlässigen, ist einfach ineffektiv und meines Erachtens Ausdruck eines "Verliererspiels". Das eine darf das andere nicht ausschließen.

Werner: Für uns war zum Beispiel die Frage: sollen wir auf die SPD-Wahlveranstaltung kommen, als die Podiumsdiskussion mit der Focke war, zu der wir eingeladen waren, sollen wir dahin gehen? Da hieß es: wir sollten das nicht machen, weil, also SPD, das ist ein reaktionärer Haufen. Und da kam ganz klar die Rückfrage: ja, mit wem können wir uns überhaupt solidarisieren. Sag mir, wo die Linke so stark ist?

Chuck: ...wo sie nicht einfach eine Gemeinschaft von Verlierern ist, die sich halt trotzig zurückzieht und so'nen verzweifelten Endkampf macht, aber im Grunde nichts ändern kann.

Werner: Unsere Politik ist nicht der Weg durch die Institutionen, aber der Weg durch andere bürgerliche Instanzen, die Medien zum Beispiel.

Chuck: Dabei ist aber eine Sache wichtig: Daß wir mit massiven Widerständen in uns selbst und bei unseren "eigenen" Leuten rechnen müssen. Was uns unheimlich genervt hat, war von außen angeschossen zu werden: Ihr Kompromißler! Das hat mich sehr getroffen. Unsere Taktik setzte auch voraus, daß wir uns immer wieder in dem was wir erreichen wollten, in unserem Ziel, in Frage stellten, kritisch unter die Lupe nahmen, um uns dann aufs Neue zu bestätigen darin, d.h. auch, Weg und Ziel immer wieder zueinander in Relation setzen. Sonst kommt irgendwann mal der Punkt, wo man meint, jetzt müsse mans aber mal "zeigen", weil man genug "geschluckt" habe und mit so einem "Zeigen" - aus dem Motiv des gedemütigten Stolzes heraus - landet man m.E. eben meistens auf dem Bauch.
Wie lange hält man so ne Taktik durch, wann ist das Maß voll, das man gerade noch ertragen kann - als ein "ehrlicher" Mensch, der ein Rückgrat hat,das nicht aus Gummi ist?Für die "Psyche" ist eine

solche Taktik viel schwieriger als eine konfrontative Haltung im klassischen Sinn und sie erfordert eine neue Art von "Mut". Da kommt für mich so etwas rein wie ein Prozeß der "Umwertung der Werte". Und dabei muß ich mir immer wieder die Frage stellen, was will ich wirklich, was erhebe ich zum Symbol des "Erfolges". Und da muß ich mich immer gegen das durchsetzen, was mir in meiner Sozialisation als "Erfolg" eingetrichtert worden ist bis zur total verinnerlichten, nicht mehr hinterfragten Selbstverständlichkeit - auch wenn's noch so beknackt und widersprüchlich ist.

Werner: Auch wenn wir den Konflikt verloren hätten, so gab's doch da ein Ereignis, das war so phänomenal, das es allein schon einen unheimlichen "Erfolg" darstellt. Das war in der entscheidenen Situation, als die Verhandlungsdelegation von der ersten Verhandlung mit der Stadt zurückkam, in der diese uns das Ultimatum gestellt hatten: Entweder ihr unterschreibt bis zum 10.2. den Vertrag in der vorliegenden Form (was das Ende der Free Clinic bedeutet hätte) oder es gibt offenen Krieg (Räumungsklage). Es war also eine existentiell bedrohliche Situation, wir waren sowieso schon unheimlich gestreßt,und nach der normalen Tagesarbeit versammelten wir uns dann gegen 7 Uhr abends alle, die Delegation berichtete und die Diskussion ging dann um die Frage, unterschreiben wir oder unterschreiben wir nicht, welche Konsequenzen - persönlich und für die Free Clinic - ergeben sich daraus etc. ... Nun, ich kann mich an keine Sitzung erinnern, und ich mach solch eine Arbeit schon wirklich lange - gewöhnlich verlaufen ja solche Sitzungen, wo es um existentielle Entscheidungen geht, chaotisch, hektisch, aggressiv und mit unheimlichem Gruppendruck - die in einem solchen Feeling von gegenseitiger Offenheit und Vertrauen, Angstfreiheit und Geborgenheit verlief. ... also echt, mir geht's richtig gut, wenn ich nur daran zurückdenke.

Chuck: Die große mystische Episode der Free Clinic ...

Werner: Das war so ne Sitzung, wo alle hinterher mit einem unheimlich guten Gefühl rausgegangen sind. Jeder konnte seine Ängste, seine Gefühle ...

Chuck: ... es war keine Gruppendruck-Sache ...

Werner: Jeder konnte aussprechen, was er wollte, drei Stunden lang wirklich absolut gute Diskussion, mit Erlebnissen...

Chuck: ... Aussprechen zu können, was man so im Hinterkopf hat und wo man sich gewöhnlich meint, dafür schämen und es vor den anderen ängstlich verbergen zu müssen, als jemand der in "kleinbürgerlichen Ängsten" verfangen ist. Daß es möglich war, sich wirklich ohne Angst,von den anderen abgelehnt zu werden, hier offen zulegen, und dann, als wir merkten, daß die meisten von uns ähnliche Ängste hatten, ohne falsches Hurrah-Heldentum wirklich mutig zu sein. Zum Schluß waren wir viel stärker, als wenn wir das Ganze unter gegenseitigem moralischen Druck: "Wir müssen..." durchgepeitscht hätten.

Werner: Also auch das politische Selbstverständnis wurde dabei diskutiert, von jedem einzelnen.

Chuck: Also für mich war das zum ersten Mal eine Sache, wo ich klar und deutlich merkte, daß mir meine Gruppenerfahrungen konkret was bringen und nicht nur so'n Psychoflip sind.

Werner: Ich würde auch insgesamt sagen, daß unser "Weltbild" - das ist jetzt so ein lächerlich großartiges Wort - unsere Vorstellungen von Auseinandersetzungen eben prinzipiell nicht diese aggressive und verbale Art ist, sondern wirklich der Versuch, den anderen zu verstehen. Und damit auch ganz anders mit ihm umzugehen.

Chuck: Wobei uns klar ist, daß "Verständnis" nicht bedeutet: okay, ich tu alles, was Du willst, ja ich versteh dich, wenn Du mir eine runterhauen willst: ich versteh Dich, jaja. Sondern auch meine eigenen Bedürfnisse zu verstehen und zu denen auch zu stehen. Aber was für mich halt sehr wichtig ist, ist die Frage, bis zu welchem Punkt es möglich ist, reinzufressen, und wie man das eben dadurch ändern kann, daß man umwertet. Das bedeutet für mich auch: ich muß mich in der Arbeit, die ich hier mache, auseinandersetzen mit meinem eigenen Wertsystem. Und zwar nicht nur in sozioökonomischen Kriterien, sondern auch, was mich betrofft, in meinen Definitionen von Stolz, Würde usw. Ob das auch Sachen sind, die ich so blind übernehme, wie sie mir anerzogen sind, und ob ich Widersprüchlichkeiten darin sehe. Zum Beispiel, wenn ich stolz bin, kriege ich einen auf den Deckel. Was mache ich mit diesem Widerspruch? Bewußtheit darüber zu erlangen und sich nicht von blinden Reaktionen hin- und herschleudern zu lassen bedeutet nicht, nur zu reagieren, sondern länger handlungsfähig zu bleiben.

Michael: Das ist eine ganz andere Art politisch zu agieren, als das in der linken Szene sonst üblich ist.

Werner: Zum Beispiel das Thomas Weißbecker-Haus. Das ist eine ganz andere Art. Das ist ein Wohnkollektiv, das sicherlich viel stärker unter Druck stand als wir. Mag sein.

Chuck: Und aus einer beschisseneren Situation raus; wir hier dürfen nicht vergessen, daß wir jetzt unseren Konflikt aus einer relativ geschützten Position heraus machten.

Werner: Aber auf der anderen Seite gabs hier am Anfang auch diese Hausdurchsuchungen, Bullen sind hier genauso rumgelaufen mit Maschinenpistolen und es ist auch damals nicht so reagiert worden, wie das Georg-von-Rauch-Haus, oder wie das Thomas-Weißbecker-Haus drauf reagierte. Obwohl diese Reaktionen durchaus verständlich und berechtigt sind.

Chuck: Also für mich sind die Gruppenerfahrungen und die Ideologie, wie sie zum Beispiel in der Humanistischen Psychologie zum Ausdruck kommen, sehr wichtig, und ich glaube, die haben uns über die Jahre einfach geprägt. Und uns einen Rückhalt gegeben, wobei ich nicht weiß, wie lange es noch mit uns weitergeht,und ob nicht irgendwann mal die einzige ehrliche und konsequente Haltung darin bestehen wird, bewußt und öffentlich zuzumachen.



Bernhard Achterberg:

FRAGEN ZUM SELBSTVERSTÄNDNIS VON "ANTI–PSYCHIATRIE"

Unterdrückung + Täuschung = Entfremdung

Unterdrückung + Gewahr-Sein = Zorn

Befreiung = Gewahr-Sein + Konflikt

1. Entfremdung

Die oben stehenden Formeln entnehme ich Claude Steiner (1), der in seinen Prinzipien radikaler Therapie einen Ansatzpunkt zur Diskussion setzt, der mir sehr sinnvoll erscheint: "Das erste Prinzip radikaler Psychiatrie ist, daß bei Fehlen der Unterdrückung die Menschen, entsprechend ihrer wirklichen Natur ..., welche auf ihre Selbsterhaltung und Arterhaltung gerichtet ist, in Harmonie miteinander und mit der Natur leben würden. Unterdrückung ist der Zwang auf Menschen durch Gewalt oder Drohen mit Gewalt, und ist die Quelle aller menschlichen Entfremdung.
Die Bedingung menschlichen Lebens, die "Seelenheilung" (=Psychiatrie, B.A.) nötig macht, ist Entfremdung. Entfremdung ist das Gefühl in einer Person, daß man nicht Teil der menschlichen Gesellschaft ist, daß man selbst oder alle anderen tot sind, daß man nicht verdient zu leben, oder daß jemand einem den Tod wünscht. ... Entfremdung ist die Essenz aller psychiatrischen Zustände. Dies ist das zweite Prinzip radikaler Therapie: Alles, was psychiatrisch diagnostiziert wird, ist, falls es nicht eindeutig organischen Ursprungs ist, eine Form der Entfremdung.
Das dritte Prinzip radikaler Psychiatrie lautet, daß jede Entfremdung das Ergebnis einer Unterdrückung ist, über die der Unterdrückte in Täuschung oder Mystifikation belassen wird. ... Das Ergebnis (dieser Täuschung) ist, daß die Person, statt ihre Unterdrückung zu spüren und darauf wütend zu sein, beschließt, daß seine / ihre schlechten Gefühle sein/ihr eigener Fehler sind. ... Das Ergebnis ... ist, die Person fühlt sich entfremdet."
Ich habe diesen Text zitiert, weil ich weitgehend mit ihm übereinstimme. Falls der Einwand erhoben wird (und der wird sicher erhoben), hier sei mit dem Entfremdungsbegriff unmarxistisch, undialektisch oder "um die ökonomische Dimension verkürzt" umgegangen, so gestehe ich ein, daß mich dieser Einwand in diesem Zusammenhang nicht sonderlich interessiert. Wichtig ist die Erkenntnis, daß psychisches Elend ein Produkt von Entfremdung, Entfremdung ein Produkt von Unterdrückung ist. Daß diese Unterdrückung in ihrem Kern Produkt ökonomischer Verhältnisse ist, wird von Steiner zwar nicht ausgesprochen, aber auch nicht zurückgewiesen. In der Perspektive, im Erkennen der gesellschaftlichen Ursachen psychischen Elends ergibt

sich hieraus kein Unterschied. Insofern nehme ich Steiners Aussagen weiterhin als Ausgangspunkt, um das Selbstverständnis von "Anti-Psychiatrie"/Selbsthilfe/Sozialtherapie oder wie auch immer zu hinterfragen: Also, so weit es geht, mein eigenes Selbstverständnis zu hinterfragen.

2. Solidarität

Warum tust Du, was Du tust?
In der Aufbauphase des Krisenzentrums "K i K" (2) in Göttingen, in dem wir versuchen, unsere Vorstellungen von nichtprofessioneller, solidarischer Hilfe umzusetzen, haben wir verschiedene Gesprächssituationen durchgearbeitet. Als hierbei einige Male die Situation auftrat, daß KiK-Arbeiter gefragt wurden, "was macht ihr hier überhaupt? Was soll das? Was habt ihr davon? ..." reagierten etliche mit Aggression und Ärger. Hinter dieser Fassade tauchte, nur mühsam verborgen, große Unsicherheit auf. Einige versuchten, etwas wie "helfen wollen" auszudrücken, und waren gekränkt, als ihnen das nicht abgenommen wurde. Ich finde die Frage verdammt berechtigt. Und mich hat diese Unsicherheit etlicher Mitstreiter doch ganz schön nachdenklich gemacht.
Wenn also ein Gespräch über unsre Gründe und Ziele nötig ist, so will ich versuchen, meine eigenen Motive vorzukramen. Vielleicht ist das ein Startpunkt für so ein Gespräch:
Ich mache ziemlich viel Beratungs- und Therapiearbeit; sehr oft mache ich das einseitig, also nicht auf gegenseitiger Basis wie im Co-Counseling (s.u.), sondern mit Leuten, von denen ich nicht beraten werde; mich auch nicht darum bemühe. Außerdem beteilige ich mich am Aufbau des Krisenzentrums. Ich bin also gern in Situationen, wo ich als Berater, Therapeut oder sonstwie unterstützend aktiv werden kann, wo dies von mir gewünscht oder gar erwartet wird. Warum???

a. Faszination

Die Auseinandersetzung mit Problemen und Krisen anderer reizt mich immer wieder. Es ist nicht Neugier (Geschichten, die ich über Dritte höre, interessieren mich sehr wenig; sie belasten mich eher, ich fühle mich hilflos, weil ich doch nichts machen kann). Es ist eher der Prozeß des Durcharbeitens, des Daran-Arbeitens; das "gemeinsame Bemühen"; der intensive Kontakt, der dabei entsteht; es ist die Möglichkeit, mich zu engagieren, mich einzusetzen.

b. der Wunsch, gebraucht zu werden

Ich weiß von mir, daß mir viel daran liegt, "nützlich" zu sein, gebraucht zu werden. Die Gründe hierfür liegen ziemlich tief in meiner Selbstentfremdung; darin, daß ich mich kaum je um meiner selbst willen akzeptiert fühle. Wenn ich mich in Beratung o.ä. engagiere, dann komme ich mir nicht so sinnlos vor; dann glaube ich eben, daß andere mich akzeptieren.

c. Lernen und Kontakt

Jeder Mensch ist einmalig, trotzdem haben wir etwas miteinander zu tun. Zu Deinen Problemen gibt es Verwandtes in mir; in meinen Schwierigkeiten wirst Du einiges von Dir wiederfinden.

Jede Beratungs- und Therapiearbeit - aber besonders die "undogmatischen" oder "humanistischen" oder "existenzialistischen" Ansätze der "Antipsychiatrie" - besteht zum wesentlichen Teil daraus, diese Verbindung lebendig werden zu lassen. Gerade, wenn ich als lebendige Person anwesend bin, und nicht nur als Klischee oder Berufsrolle, kann ich vermeiden, den anderen meinen Trip, meine Erfahrung, meine Lösungen oder Ratschläge, meine Werturteile aufzuzwingen.
Umgekehrt lerne ich in jeder Begegnung (und besonders in Beratungsarbeit) etwas über mich, z.B.: Früher habe ich auch in der Beratungsarbeit oft versucht, Leute zu beruhigen oder zu trösten, wenn sie weinten. Heute verstehe ich, daß ich sie damit in meinem Interesse manipuliert habe. Daß ich Angst vor Weinen hatte. Ich lernte also etwas über meine Angst. Umgekehrt: Da ich es lernte, konnte ich später weniger manipulativ sein, konnte jederzeit akzeptieren, daß der andere das Recht und die Chance auf seine eigenen Tränen braucht. Wenn ich Deine Angst (Wut/Enttäuschung/...) wahrnehme, schwingt meine Angst (Wut/Enttäuschung/...) in mir mit. Ich lerne sie kennen und komme in etwas mehr Kontakt mit Dir und mit mir.

d. Gemeinsamkeit

Ich weiß, wie oft es mir dreckig geht, ich auf Depressionen festhänge, auf dem Gefühl, nicht geliebt zu werden, dem Wunsch, mich selbst zu töten, auf starker Selbstable ...
Ich weiß, wie oft mir dabei ein Gesprächspartner gefehlt hat, jemand, bei dem ich in und mit all dieser Scheiße akzeptiert bin; jemand, der mir zuhört, wenn ich darüber sprechen möchte, aber mich nicht bedrängt, wenn ich nicht sprechen möchte.
Manchmal bin ich stolz darauf, mit allem "alleine fertig geworden" zu sein und dabei "viel gelernt zu haben". Aber ich denke, das ist ein alberner Stolz.
Deswegen möchte ich gerne in einer Bezugsgruppe sein, wo genug Chancen sind, solche Gesprächspartner zu finden. Ich möchte mir - wenn es geht - solche Gesprächspartner nicht kaufen (obwohl es sicher noch lange Zeit nötig sein wird, professionelle Therapeuten zu haben. Ich selbst arbeite teilweise auch professionell). Ich möchte auf keinen Fall an einen Gesprächspartner gelangen, der aus Mitleid, oder um anderen zu helfen, mir zuhört. Sondern ich möchte, daß mein Gesprächspartner sich deswegen engagiert, weil er weiß, daß ihn meine Probleme etwas angehen, daß sie potentiell auch seine sind, daß das Elend gemeinsam ist, und daß er zu anderen Zeiten auch in der umgekehrten Situation ist oder sein könnte.
Gerade deshalb hat auch der andere, der Gesprächspartner, die Chance, etwa für sich selbst zu lernen. Der Grundgedanke ist, daß wir uns gegenseitig weiterhelfen.
Diese Gegenseitigkeit, diese Gemeinsamkeit der Betroffenheit, ist für mich ein wichtiger Bestandteil zum Herstellen der Möglichkeit von Solidarität.

e. Solidarität

Was Solidarität von anderen Formen des Zusammengehörigkeitsgefühls unterscheidet, ist ihr Gerichtet-Sein auf ein Ziel. Solidarität ist Gemeinschaft des Handelns.

Wenn wir unter Solidarität speziell die Solidarität der Unterdrückten verstehen, oder der sich befreienden Menschheit, so ist das Handeln aus/in dieser Solidarität ein bestimmtes: Der gemeinsame Versuch, sich aus Elend, Unterdrückung, Entfremdung zu befreien. Voraussetzung hierfür aber ist das gemeinsame Bewußtsein von der Gemeinsamkeit des Elends der Unterdrückung, der Entfremdung.
Insoweit unsere Ängste, unsere Schwächen, unsere Krisen aber Ausdruck und Ausfluß unseres Entfremdet-Seins sind, also unseres Unterdrückt-Seins, also unserer gesellschaftlichen Existenz, insoweit ist es also auch wichtig, daß wir in unseren Ängsten usw. nicht vereinzelt bleiben, daß wir uns in ihnen und mit ihnen nicht als einzelne kaputte Individuen erleben. Egal, ob wir solche Vereinzelung dadurch ausdrücken, daß wir unser "Kaputt-Sein" wie einen Makel zu verbergen suchen, oder ob wir es wie einen Orden vor uns hertragen und damit herumstolzieren, in beiden Fällen steht dahinter das Bewußtsein, es geht hier um "mein Problem", mit dem letztlich ich fertig zu werden habe. Ich brauche hier nicht noch einmal aufzuführen, was die Gesellschaft alles tut, um uns in dieser Vereinzelung zu halten. Nicht nur die gesamte psychiatrische Praxis und der Hauptteil von therapeutischer und Beratungs-Arbeit suggerieren dieses Bild. Auch der subtile Terror des täglichen Leistungsdruckes, der Zwang, o.k. sein zu müssen, machen Leiden zu etwas Unpassendem, Ärgerlichen. Wenn ich ein braves Kind sein will, werde ich diesen Makel verbergen. Wenn ich ein unartiges Kind sein will, dann zeige ich allen zum Trotz - "bäh" - wie kaputt ich bin; und bin stolz darauf.
Beides ist weit entfernt (fast gleich weit) von dem, was ich hier als Gemeinsamkeit des Elendes, und damit als Basis für mögliche Solidarität ansprach.
Insofern ist auch der Slogan "Aus der Krankheit eine Waffe machen" dann irreführend, wenn er verstanden wird als Aufruf an eine kleine Minderheit von "Kranken". Völlig richtig ist der Aufruf natürlich, wenn damit unsere gemeinsame tagtägliche Krankheit/Entfremdung/Unterdrückung, wenn damit unser Leiden und die Erfahrung unseres Leidens gemeint ist.
Die gemeinsame Erfahrung dieses Leidens allerdings ist eine Waffe. Denn sie ist ein letztlich unabweislicher Ruf nach Veränderung, nach menschenwürdiger Existenz.

Ich hoffe, daß gerade aus dem letzten Punkt deutlich geworden ist, daß ich zwischen meinem Engagement in Antipsychiatrie/Selbsthilfe einerseits und meinem Selbstbild, ein politisch bewußt handelndes Subjekt zu sein, andererseits kein Widerspruch besteht. Ich erlebe mein Handeln in diesem Bereich als übereinstimmend mit meinem politischen Wollen. Denn letztlich setzt mein politisches Wollen an meiner Erfahrung von Elend an. Und darum geht es hier.

3. Rollen/Etikette/ Schubladen/Diagnosen

oder: "mit Dir ist etwas los; komm zu mir, ich kann Dir helfen"
Eingangs habe ich aus Steiners Aufsatz (s.o.) zitiert: "Alles, was psychiatrisch diagnostiziert wird, ist, falls es nicht eindeutig organischen Ursprungs ist, eine Form der Entfremdung." Während der Grundgedanke schon von Freud stammt, daß es nicht "Kranke" und "Gesunde" im psychischen Bereich gibt, sondern nur unterschiedliche, von der persönlichen frühkindlichen Erfahrung abhängige Antworten auf Bedingungen und Konflikte der Entdeckung, während schon Frieda Fromm-Reichmann (3) 1950 davon spricht, daß es nur ein Kontinuum von Menschen mit unterschiedlicher, aber auch unterschiedlich belastender Erfahrung gibt, ist dieser Gedanke doch erst weitaus später konsequent weitergedacht worden. Insbesondere die Position von Thomas Szasz, dessen wesentliches Werk "The hyth of Mental Illness" schon Anfang der 60er Jahre erschien, aber erst um 1970 wirklich Eingang in die europäische - und noch etwas später die deutsche - Diskussion fand, war hierfür wichtig. Szasz weist den psychiatrischen Krankheitsbegriff vollständig zurück, für ihn ist man nicht psychisch krank, sondern man wird von der Gesellschaft als krank bezeichnet - abgestempelt! -, wenn man gegen bestimmte Normen verstößt. Diese Normen, etwa soziale, ethische oder auch einfach gesetzliche, sind aber Herrschaftsnormen. Insofern hat Szasz als wohl Erster erkannt, welche Unterdrückung, welche Gewalt in dem psychiatrischen Krankheitsbegriff liegt. Menschen, die an ihren Konflikten leiden - dies ist die Bestimmung von Szasz für jene, die von anderen als psychisch krank bezeichnet werden. Den Versuch, ihnen eine "objektive" Krankheit anzudichten, bezeichnet Szasz als "Überbleibsel des Glaubens an Dämonen und Hexen". (4)

Ich selbst finde es sehr schwer, mich wirklich und völlig an dieses Denken zu gewöhnen. Wie leicht schleichen sich die alten Begriffe ein! Und wenn sie nicht aus dem Mund kommen, im Kopf ist ein Rest von ihnen da. In London lernte ich einen Typ kennen, der beim ersten Gespräch völlig unten war, keinen Weg mehr sah. Wir haben uns lange unterhalten, ich war ziemlich betroffen von der Ausweglosigkeit, die er spürte. Am nächsten Tag sah ich ihn wieder. Von all seinen großen Problemen hatte sich das kleinste gelöst. Das reichte, um ihn überschwenglich, jubelnd und ausgelassen zu machen. Er rannte nur kurz ins Zimmer, erzählte mir, wie gut es ihm ging, rannte schon gleich weiter, weil er gar keine Zeit hatte. Ich bin noch damit beschäftigt, immer klarer und sicherer zu lernen, daß es eben nicht "manisch-depressiv" ist, sondern, daß er halt auf seine Erfahrung reagiert, und zwar so, wie es ihm gemäß ist, zu reagieren. Daß es keinen "Schizophrenen" gibt, habe ich, glaube ich, inzwischen geschnallt. Einige meiner Freunde in London, mit denen ich viel zusammen gemacht habe, sind - wie ich irgendwann völlig beiläufig erfuhr - offiziell als "schizophren" abgestempelt. Naja.

Soweit, so schlecht. Aber die Schwierigkeiten fangen erst an. Gewiß ist es schwer, sich dies eingefahrene Kästchen- und Schubladen-Denken abzugewöhnen. Aber, selbst wenn es gelänge, genügte das nicht. Denn Tatsache ist, es gibt Ungleichheiten, es gibt unterschiedliche Rollen. Wenn sich jemand an mich wendet, weil er Probleme, Konflikte, Krisen erlebt, in denen er meine Zuwendung, meine Aufmerksamkeit, meine Zeit haben möchte, in denen er sogar möchte, daß ich meine gelernten Fähigkeiten einsetze, um ihm bei seinem Wieder-Klar-Kommen Unterstützung zu geben, dann ist die Situation ungleich. In gewisser Weise bittet er mich, ein Stück Verantwortung für ihn zu übernehmen. Gut, den Spruch von Perls, daß jeder für sich verantwortlich ist, haben wir alle schön gelernt. Natürlich stimmt das auch. Trotzdem überträgt in jeder Beratungssituation jemand ein

Stück Mitverantwortung auf jemand anderes; und in Krisensituationen ist dies Stück oft ganz schön groß. Ich halte es für absoluten Mist, dies zu verleugnen. Es ist gleichzeitig eine Feigheit des Beraters (oder wie Du ihn nennen willst), und eine Mystifikation für den Betroffenen. Geben können und nehmen können sind wichtige Teile solidarischen Handelns. Hierzu gehört auch die Bereitschaft, Mitverantwortung zu übernehmen, wenn und soweit ich 1. darum gebeten bin (keinen Zentimeter weiter) und 2. ich dazu bereit bin (und keinen Zentimeter weiter).

Politik der Diagnose

Es ist also mit dem hier vertretenen Anspruch durchaus vereinbar, Verantwortung zu übernehmen, es ist sogar notwendiger Bestandteil. Um nicht unter der Hand zum Experten zu werden, der "weiß, was mit dem andern los ist", versuche ich, das Bewußtsein der Gemeinsamkeit der Betroffenheit wach zu halten. (Darüber habe ich ja eben etwas mehr gesagt.) Ich denke, daß dieses Bewußtsein mich, meine Eitelkeit und mein Expertentum einigermaßen im Zaume halten kann.
Ein wichtiger Punkt hierbei ist die bewußte Ablehnung jeder Psycho-Diagnostik. (Ich möchte hier nicht eingehen auf die medizinische Diagnostik. Da gibt es auch wichtige Probleme, das Abstempeln von Menschen zu "Fällen" ist sehr krass. Andererseits gibt es auch die Notwendigkeit. Denn Körperschäden sind wohl doch real und haben nun mal oft Funktionsstörungen aller Art zur Folge.)
Auch im besten Falle, auch bei größter Vorsicht und bei bestem Willen ist Psychodiagnostik ein Weg zur krassen Selbstentfremdung und Mystifikation des anderen, der damit zum Dulder, zum Geduldigen, lateinisch: patiens, also zum Patienten und zum Fall wird. Sobald ich anfange, aus dem Verhalten des anderen Mengenangaben oder Kategorien zu machen, ist es eben nicht mehr einfach sein Verhalten, sondern ein Indikator für irgend etwas, für irgendeine Sache, die als Fremdkörper in seinem Kopf ist. Diese Fremdkörper bekommt man und verliert man wie eine Taschenuhr oder eine Darmgrippe. Sie heissen Neurose, Psychose, Psychasthenie oder Psychopathie. Und immer wieder versuchen Hirnchirurgen, diese Fremdkörper herauszuoperieren. Sobald ich diagnostiziere, diagnostiziere ich Etwas. Dies Etwas wird damit als Sonderteil des anderen abgespalten, ihm entfremdet. (Der Psychiator darf das. Aber wenn Du selbst einen Teil von Dir entfremdest und abspaltest, und Du bist unvorsichtig genug, das offen zu sagen, dann bist Du "schizophren".)

4. Alternativen

a. Gewahrsein

Es ist nicht immer wichtig, daß ich verstehe, was in Dir vorgeht, wenn ich mit Dir an Deinen Problemen/Konflikten/Krisen arbeiten will. Wichtig ist, daß Du es verstehst. Aber oft, sogar allermeistens ist es eben dafür doch wichtig, daß auch ich verstehe. Dies wird ja auch von den halb progressiven Psychologen und Therapeuten als Ausrede benutzt, eben doch mit Diagnostik zu arbeiten.
Welche Alternative gibt es?
Zunächst das Zuhören (nach Frieda Fromm-Reichmann die wichtigste Tugend des Therapeuten.) Wenn Du mir erzählst und erklärst, was in Dir vorgeht, wird es Dir selbst auch klar. Das ist der Grund, weswegen das einfache Zuhören so hilfreich sein kann. Es ist auch das Prinzip hinter Rogers' nondirektiver Therapie.
Aber nicht nur mein Intellekt und meine Ohren sind Mittel zum Verstehen, sondern mein ganzer Körper. Es ist immer wieder erstaunlich, wie viel Freud selbst schon erkannt hat. Von ihm stammt schon die fundamentale Einsicht, daß das, was in mir hochkommt und vorgeht, wenn ich Dir begegne, Dir zuhöre, der wichtigste Schlüssel zum Verstehen ist. Wenn ich mit Dir spreche, werde ich Deine Spannung in mir spüren - oft sogar genau dort, wo Du sie erlebst. Je besser ich in Kontakt mit meinen eigenen Gefühlen, mit meinem eigenen Körper bin, desto wacher kann ich miterleben, was in Dir geschieht. Damit entsteht aber auch eine neue Unmöglichkeit: Wenn ich mit Dir an Deinen Problemen/usw. arbeite, muß ich also ganz, mit voller Aufmerksamkeit bei Dir sein, zugleich aber, ebenfalls mit ganzer Wachheit, meinen eigenen Körper und seine Antworten spüren.
Natürlich geht das nicht.
Aber der Weg geht in diese Richtung. Ich kann lernen, etwas mehr gewahr zu sein, was zwischen uns und in mir geschieht.

b. Die Gruppe

Ich habe eben angesprochen, daß ich gern in einer Situation sein möchte, wo ich einen engagierten Gesprächspartner finden kann, wenn ich ihn brauche. Und auch darum engagiere ich mich selbst.
Wenn ich nun mit anderen an ihrer Situation arbeite, insbesondere, wenn es um das Durchstehen von Krisensituationen geht, dann werden oft auch meine eigenen Probleme ganz schön hochgewühlt. Damit kann ich aber in der aktuellen Situation meist den anderen nicht ansprechen, denn der/die ist ja gerade schwer mit der eigenen Situation beschäftigt. Deswegen ist mir wichtig, dieses Engagement in einer Gruppe zu tun, damit ich dann auch den Gesprächspartner für meine Sache habe, damit ich auch mit meinen Ängsten, mit der Enttäuschung bei Mißerfolgen und Rückschlägen nicht allein gelassen bin.
Vielleicht können wir in solchen Gruppen auch lernen, anders miteinander umzugehen. Das würde heißen, daß wir auch für uns selbst mehr Ehrlichkeit lernen. Und mehr Akzeptieren unserer Schwächen und Schwierigkeiten.
Bei der Gruppe COPE in London habe ich ein bißchen davon, was vielleicht möglich ist, erlebt. Und ich habe gelernt, wie wichtig und wie schwer so einfache Dinge sind, wie seine Wünsche äußern, oder Nein sagen.

c. Co-Counseling (wechselseitige Beratung)

Ebenfalls in London bei COPE lernte ich ein Konzept kennen, das sich in Deutschland erst ganz allmählich ausbreitet:
Du und ich - wir beide haben Probleme/Konflikte/Krisen. Wir beide haben aber auch die Möglichkeit, einander zuzuhören. Warum brauche ich als Therapeuten einen bezahlten Experten? Wir können lernen, uns gegenseitig zu helfen. Das heißt also: Wir helfen uns selbst.
Wir üben und lernen erstmal in Gruppen, denn warum sollen wir alle Fehler nochmal machen, die andere schon ausprobiert haben? Wir erklären uns nicht zu Experten, wir geben keine gut gemeinten Rat-

schläge, wir moralisieren nicht. Wir nehmen uns einfach ernst. Wollen wir es so machen: wir treffen uns jede Woche zwei Stunden, eine Stunde gehört Dir und Deinen Problemen, die andere mir und meinen Problemen? Und wenn Not am Mann (oder der Frau) ist, dann treffen wir uns, so schnell es geht.
Ich denke, daß dies Konzept einen sehr wichtigen Schritt in die richtige Richtung bedeutet:
Psychisches Elend ist keine Krankheit und keine Autopanne. Es braucht keinen Experten oder Techniker. Es gehört nicht in Anstalten. Sondern es ist Teil unseres Lebens, unseres Alltags. Und da gehört es hin.

"Hör mal, Genosse! Das klingt ja alles sehr nett. Aber das ist doch ganz schön utopisch!" - "Ja, und?"

Anmerkungen:

(1) Claude Steiner: Radical Psychiatry, Principles. In: The Radical Therapist (Penguin Bocks, 1974)
(2) KiK heißt: Kontakt in Krisen
(3) Frieda Fromm-Reichmann: Principles of Intensive Psychotherapy, Chicago and London, 1950
(4) Thomas Szasz: Der Mythos von der seelischen Krankheit, in: Keupp (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München, 1972

Welche Genossen haben Erfahrung in der Organisation von Selbsthilfegruppen im psychosozialen Bereich(Antipsychiatrie)?
Wir,zum Teil Mitarbeiter an einer Selbsthilfe und Beratungsorganisation, wären an einem Erfahrungsaustausch interessiert!
AF Sozialarbeit-Antipsychiatrie
c/o Heinz Klauder
Gronerstr. 15/ Telf.o551 - 46128
34 Göttingen

Uschi Eßbach-Kreuzer:

SOCIAL WORK:
EINE STUDENTISCHE SELBSTHILFEORGANISATION

Als ich 1973 meine Arbeit in der "Ärztlich-psychologischen Beratungsstelle für Studenten" in Göttingen aufnahm, sollte ein Teil meiner Tätigkeit darin bestehen, eine studentische Selbsthilfeorganisation vorzubereiten. Diese Selbsthilfeorganisation heißt "Social Work" und existiert inzwischen und verfügt über Erfahrungen von 2 1/2 Jahren. Das Social Work besteht aus thematisch-orientierten Selbsthilfegruppen und einem Kontakt- und Informationszentrum. Es arbeitet inzwischen zum größten Teil autonom, ohne die ständige Mitarbeit von Professionellen. Es verfügt über Räume (eine 3 1/2 Zimmer Dachwohnung) im Haus der studentischen Beratungsstelle.

Ich möchte versuchen, anhand der Darstellung dieser Selbsthilfeorganisation, Themen, Probleme und Widersprüche zu diskutieren, von denen ich glaube, daß sie typisch sind für Selbsthilfeorganisationen überhaupt:
- Typische Unterschiede zwischen professioneller Therapie und Selbsthilfe sowie die Frage nach Erfolgsmöglichkeiten der Selbsthilfe;
- Konfliktzonen, die sich aus der Organisationsform ergeben : Verankerung im Universitätsbetrieb;
- das komplizierte Verhältnis zwischen "Selbsthelfern" und "Experten";
- die Traditionen von Selbsthilfe (vor allem der angelsächsischen Länder), die für die Konzeption des "Social Work" wichtig waren.

Wie begann es?

Es begann mit einem Flugblatt, in dem meine Kollegen und ich zur Gründung von Selbsthilfegruppen aufriefen:
"Daß die Universität, so wie sie heute organisiert ist, massenhaft psychische Konflikte aktualisiert, hauptsächlich in den Bereichen der Sexualität, der Arbeit, der Sozialkontakte, daß sie Angst, Langeweile, Konkurrenz produziert und daß der studentische Alltag häufig durch Isolation, Zersplitterung und Fremdbestimmung gekennzeichnet ist, all dies erfahren wir täglich in den Gesprächen mit Studenten. Vor einem Jahr schrieb eine Gruppe aus Gießen über ihre Erfahrungen:
Wir sitzen in überfüllten Hörsälen und Seminarräumen, die mit Menschen gefüllt sind, die wir nicht kennen und auch nicht kennenlernen können unter diesen Umständen. Wir sitzen eng beieinander ohne zu wissen, wer der andere neben uns ist, was er fühlt und denkt. Wir hören uns Monologe von Professoren, Assistenten und älteren Studenten über Themen an, von denen sie glauben, daß sie uns interessieren müßten. Wir können unseren Lebenszusammenhang nicht vernünftig organisieren, da die fast stündlich wechselnden Lehrinhalte, die un-

seren Interessen, Bedürfnissen und Problemen jeweils äußerlich bleiben, unseren Alltag völlig zersplittern. - Wir haben uns nach langem Suchen in Zimmer pressen lassen, die klein und zu teuer sind, die uns voneinander isolieren, so daß wir abends die Platzangst kriegen, weil wir niemand kennen, mit dem wir sprechen können. Dann irren wir durch die Stadt, trinken uns einen an oder gehen in irgendeine Diskothek, wo wir jedoch das, was wir dort gesucht haben, auch nicht finden.

Angesichts dieser Situation ist es für den einzelnen Studenten wichtiger als je zuvor geworden, sich mit anderen Studenten zu informellen, privaten Gruppen zusammenzufinden, sei es, um Erfahrungen auszutauschen, zusammen zu arbeiten, freie Zeit zusammen zu verleben, ganz einfach, um dem isolierenden Durck der universitären Verhältnisse nicht völlig ausgeliefert zu sein.

Wir Mitarbeiter der "Ärzlich-psychologischen Beratungsstelle für Studenten" unterstützen diese studentischen Initiativen. Wir haben aber auch mitbekommen, daß Gruppenbildung schwer ist und viele Ansätze scheitern. Mit unserem Vorschlag, eine studentische Selbsthilfeorganisation zu initiieren, wollen wir weitere Gruppenbildungsprozesse unterstützen. Wir stellen uns dabei Gruppen mit thematischer Orientierung vor wie z.B.: Partnerkonflikte und Sexualität; Wohngemeinschaften; Sozialisation in der Kleinfamilie (eigene Entwicklung, Verhältnis zu den Eltern); politische Arbeit und Emanzipation; Arbeits- und Kommunikationsstrukturen in Seminaren; Prüfungen und Prüfungsangst usw. Die Gruppen sollen Möglichkeiten des Kennenlernens bieten. Die Gruppenmitglieder können darüberhinaus versuchen, in gemeinsamer thematischer Arbeit und Selbsterfahrung die individuelle Misere im Zusammenhang mit der sozialen Realität - Hochschule, Prüfungen, Berufswahl - aufzuarbeiten und zu verändern.

Dieser Versuch hat insofern experimentellen, offenen Charakter, als die Organisierung und Gestaltung der Gruppen nicht vorstrukturiert ist, sondern sich durch die Teilnahme aller Gruppenmitglieder erst entwickeln soll. Von daher verstehen wir uns auch nicht im Sinne traditioneller 'Therapeuten', sondern als Mitglieder der jeweiligen Gruppen, in denen wir arbeiten. Die Teilnahme an der Selbsthilfeorganisation gibt uns auch die Möglichkeit der Überprüfung unserer täglichen Arbeit in der Beratungsstelle, wo häufig mit den herkömmlichen Therapieformen nur der individuell-psychische Teil der Alltagsproblematik erreicht wird: hochschulpolitische Zusammenhänge sowie Fragen der Organisierung des Alltags werden gewöhnlich ausgeklammert.

Wer Interesse an der Selbsthilfeorganisation hat: Am Mittwoch, 30.1.1974 findet um 20.15 ein Treffen in der Beratungsstelle, Nikolausberger Weg 17 statt.

Die Mitarbeiter der 'Ärztlich-psychologischen Beratungsstelle':
Iris Bartz, Uschi Eßbach, Manfred Kuda, Margret Kuda-Ebert, Heinz Schaub, Eckhard Sperling.
Weitere Mitarbeiter: Almuth Massing (Psychiatrische Klinik) und Hans Riebensahm (Lektorat für Sprecherziehung)."

Auf dieses Flugblatt hin kamen ca. 350 Studenten: Politisch unorganisierte Linke, kontaktsuchende Einzelne, Patienten der Beratungsstelle usw. Auf diesem ersten Plenum wurde erstaunlich gut - trotz der großen Anzahl der Anwesenden - über die Konzeption des Vorhabens diskutiert. Formuliert wurde vor allem der alte Widerspruch, auf der einen Seite das psychische Leid des Einzelnen nicht wirklich verändern zu können ohne die Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse, auf der anderen Seite die Notwendigkeit, in der vorhandenen Wirklichkeit halbwegs leben zu können oder politisch zu arbeiten. Der Versuch der Studentenbewegung, politische Arbeit und persönliche Emanzipation zu verbinden, wurde in Erinnerung gerufen, geriet jedoch zum Appell. Kein Wunder, denn was sich 1974 an linker Politik an den Hochschulen zeigte, waren Parteiaufbauorganisationen, in denen Diskussionen über psychische Konflikte, organisations-bedingte Machtbeziehungen kaum Platz hatten. Daneben gab es kleine Restgruppen der Studentenbewegung, ansonsten herrschte Apathie, eine "linke Öffentlichkeit" gab es kaum noch. Dennoch: Es wurde der Wunsch formuliert, in diesen Selbsthilfegruppen dem Zusammenhang zwischen Außen und Innen, zwischen Hochschule, Alltag und psychischem Leid nachzugehen.

Auf diesem Plenum organisierten sich 14 Gruppen mit den folgenden Themen: Prüfungsangst; Sexualität (4 Gruppen); Wohngemeinschaften; Partnerkonflikte; Gruppe ohne Thema (3 Gruppen); Probleme nichtakademischer Kinder an der Uni; politische Situation an der Uni; Arbeitsstörungen; Psychiatrie in Göttingen. Einige Gruppen wurden in den ersten Sitzungen von mir und einigen Kollegen geleitet, um Starthilfe zu geben, einige Gruppen liefen von Anfang an ohne therapeutische Hilfestellung. Dieses Plenum fand dann jeweils zu Beginn des Semesters statt, es wird inzwischen ausschließlich von Studenten getragen, und auch die Gruppen arbeiten ohne "Experten". Doch dazu später.

Im Laufe des Sommers wurde dann die leerstehende Wohnung im Dachgeschoß der Beratungsstelle zum Zwecke eines Kontakt- und Informationszentrums von einer Gruppe von Studenten und mir eingerichtet. Das gelang zum Teil über Spenden, zum Teil erhielten wir auf Anträge hin Möbel über die Kliniksverwaltung, der die Beratungsstelle angeschlossen ist, und über das Studentenwerk. Es wurde ein Plakat entworfen, auf dem u.a. in großen Lettern: Probleme - Kontakte - Selbsthilfe stand. Wir nahmen Kontakte zum Asta auf, berichteten in deren Infos über uns und ließen in den Lokalzeitungen über uns berichten. Ein Tag- und Nachtdienst wurde eingerichtet, wöchentlich einmal trafen sich alle Dienstleute und Vertreter aus den Gruppen, um Erfahrungen auszutauschen. An diesen wöchentlichen Sitzungen nahmen außer mir lange Zeit der Leiter der Beratungsstelle und - periodisch - ein weiterer Kollege teil.

Warum Selbsthilfe? - Die Idee und wo sie herkommt

Zunächst einmal: was ist eigentlich eine Selbsthilfeorganisation?: Es handelt sich um sich selbst organisierende Gruppen, deren Mitglieder sich ohne Experten in einem meist genau eingegrenzten sozialpsychischen Bereich gegenseitig helfen und Entlastungen bieten. In

der Regel handelt es sich um Individuen mit gleichen Problemen und gleichen Interessen, die sich regelmäßig zu Gruppengesprächen oder gemeinsamen Aktionen zusammenfinden und deren Kontakt, Kommunikation und Vertrauen sich eben über diese gemeinsame Problematik herstellt. Einige Selbsthilfeorganisationen sind eingetragene gemeinnützige Vereine mit Statut und Vorstand. Dieser Organisationsform liegt meistens der Bedarf an öffentlicher finanzieller Unterstützung zugrunde, was in der Regel eine Kontrolle des Geldgebers zur Folge hat - oft eine entscheidende Konfliktzone. Die meisten Selbsthilfeorganisationen sind jedoch informelle Gruppen. Sie sind meist offen für neue Mitglieder und verfügen über ein selbst erarbeitetes Vorgehenskonzept. Oft bestehen Kontakte zu Experten, die bei Problemen oder akuten Notfällen zu Rate gezogen werden.
Michael Lukas Moeller hat eine Fülle von Material über bestehende Selbsthilfegruppen, vor allem in den USA, zusammengetragen (1). Er verweist auf die wohl älteste und am meisten verbreitete Selbsthilfeorganisation überhaupt: Die "Alcoholic Anonymous", die 1935 gegründet wurde. Auch in der BRD gibt es inzwischen in zahlreichen Städten die "Anonymen Alkoholiker", deren Hauptaufgabe ist, Alkoholiker vom Alkohol zu befreien bzw. diejenigen, die einen Alkoholentzug hinter sich haben, davor zu schützen, rückfällig zu werden. Neben den AA nennt Moeller u.a. die Narcatica A. (Medikamentensüchtige), Gamblers A. (Spielsüchtige), Overeaters A. und Fatties A. (Fettsüchtige), Suicids A. (Selbstmordgefährdete), Schizophrenics A. (Schizophrene), Syanon und Daytop (2 Organisationen für Rauschgiftsüchtige), Stutterers A. (Stotterer), Antirape Groups (Frauengruppen speziell zum Schutz vor Vergewaltigungen), Parents without Partners (alleinstehende Mütter oder Väter) usw. Moeller macht außerdem auf eine Selbsthilfegruppe aufmerksam, von der er zu Recht sagt, daß die dort geleistete Prävention von jeder Form traditioneller Therapie gar nicht geleistet werden könne: Die "Childbeaters Anonymous". "Mütter, die anfallsartig ihre Kinder schlagen, haben eine telefonische Kriseninterventíon eingerichtet ... Sie hatten in ihrer Gruppenarbeit entdeckt, daß sie den Impuls zu schlagen, an leichtesten Anzeichen der Stimmung, des Verhaltens und der Phantasie schon Stunden vorher spüren. In diesem Stadium ruft eine Mutter eine andere an und kann durch telefonische Aussprache die destruktive Handlung verhindern. Eine so einfache und angemessene Prävention, die wenigstens das gröbste verhütet, kann sich nur aus der Auseinandersetzung mit der konkreten Lebenssituation ergeben, die in Selbsthilfegruppen stärker zur Sprache kommt" (2).

Die konkrete Lebenssituation ist auch Inhalt einer Alten-Kampfgruppe in den USA, die sich in Anlehnung an die Black Panthers "Grey Panthers" nennt. Sie besteht aus alten Leuten, die, einer Bürgerinitiative vergleichbar, für die Verbesserung ihrer Situation, vor allem in den Altenheimen kämpfen, Demonstrationen veranstalten, um gegen ihre Gettosituation aufmerksam zu machen; eine Gruppe, die in der BRD z.Zt. undenkbar wäre.

Ebenfalls eher politischen, nach außen wirksamen Charakter, haben die verschiedenen Selbsthilfegruppen, Zirkel, Wohngemeinschaften in England, speziell in London. (3) Es handelt sich um ein Netz von nichtstaatlichen Sozialhilfestellen, deren Ziel es ist, sozial und psychisch in Schwierigkeit geratenen Personen akute Hilfe zu lei-

sten, oft auch nur ein "Safe Place" zu schaffen, um jemanden vor dem Zugriff der Polizei oder vor Zwangseinweisung in Nervenkliniken zu schützen. In London, wo bisher Hausbesetzungen von der Öffentlichkeit weit weniger sanktioniert werden als in der BRD, gibt es zahlreiche besetzte Häuser, die als Anlaufstellen, Büros oder Schlafunterkünfte dienen. Eine der wichtigsten dieser Gruppen, "Cope", verfügt vor allem über einen Tag- und Nachttelefondienst. Die Leute, die dort Dienst tun, sind zum Teil berufstätig, zum Teil leben sie von Sozialhilfe. Offensichtlich sind die vielfältigen, netzwerkartigen Kontakte durch die Atmosphäre einer typisch Londoner Subkultur geprägt, was sehr bestimmend für die gute Zusammenarbeit und den Zusammenhalt dieser Gruppen zu sein scheint. Einflußreich waren und sind vor allem die therapeutischen Versuche der Antipsychiatrie, wie sie Cooper und vor allem Laing und seine Mitarbeiter entwickelt und in Kingsley Hall in London praktiziert haben. Die Antipsychiatrie hat die Konzeption der Selbsthilfe insofern gefördert, als sie das Arzt-Patient-Gefälle in Frage stellte, sowie auf die üblichen Etikettierungen: krank/gesund, psychotisch/normal verzichtete und stattdessen den Ausdruck und das Durchleben aller individuellen Gefühle und Denkweisen - eben auch der "psychotischen" - unterstützte und ernstnahm. Der Versuch, in Kingsley Hall ein Haus - keine Klinik - zu schaffen, in der Psychotiker zusammen mit einigen Ärzten leben und ihr Leben dort selbst organisieren, hat bei allen Schwierigkeiten und Konflikten immerhin die Kommunikation und gegenseitige Unterstützung der Patienten untereinander gefördert und diesen Prozeß selbst zu einem Therapeutikum gemacht. (4)

Selbsthilfe: den Alltag in die eigenen Hände nehmen statt ihn verwalten zu lassen

Die Diskussion über Selbsthilfeorganisationen, die in der Bundesrepublik gerade zaghaft beginnt (5), nahm in den angelsächsischen Ländern bereits in den 60er Jahren ihren Anfang. Empirische und theoretische Arbeiten über Selbsthilfegruppen entstanden vor allem im Bereich der Sozialarbeit mit Randgruppen und Jugendlichen sowie im Bereich der Hochschule. (6) Die Frage, warum gerade in dieser Phase der sozialen und politischen Entwicklung westlicher Nationen Selbsthilfegruppen sich zu entwickeln beginnen, ist sehr kompliziert, und ich kann an dieser Stelle nur einige Vermutungen darüber anstellen. Zunächst einmal ist die Beteiligung von "Nicht-Professionellen" im Bereich "sozialer Dienstleistungen" nichts Neues, sondern ist durch die Entstehung hochspezialisierter Berufe lediglich zurückgedrängt worden. Was früher in der Großfamilie oder über die Nachbarschaftshilfe selbstverständlich war, z.B. die Erziehung der Kinder, die Pflege der Alten, die Behandlung von leichten Krankheiten usw., wird heute von Institutionen - Kindergärten, Altenheime, Kliniken - übernommen. Institutionen, die oftmals durch unzureichende Versorgung, hohe Kosten sowie durch bürokratisch-unmenschliche Beziehungsformen gekennzeichnet sind. So wird man die Entstehung von Selbsthilfegruppen als einen Versuch der Rücknahme historisch verloren gegangener "natürlicher Beziehungsgeflechte" begreifen können. (7) Die Selbsthilfebewegung kann als ein Ausdruck des Protests gegen eine zunehmende Verwaltung und Kontrolle des Alltags verstanden werden, als Ausdruck des Wunsches nach Selbstbestimmung und Selbst-

organisation. Vattano sieht die Entschehung von Selbsthilfegruppen als einen Teil der Power to the people-Bewegung, als ein Zeichen der Entwicklung von mehr Demokratie.

Die Misere der Hochschule und des studentischen Alltags...

An den Hochschulen der Bundesrepublik ist in den letzten Jahren, analog zu allen anderen gesellschaftlichen Bereichen ein Verlust an Demokratie zu beobachten, der die Arbeits- und Lernbedingungen in hohem Maße beeinträchtigt und ein Klima geschaffen hat, in dem sich eine Fülle von psychosozialen Konflikten aktualisiert . Die "Enttäuschungskette Elternhaus, Schule, Universität" (8) bringt viele Studenten oft in ausweglose Situationen, die durch Dekompensation, psychosomatische Beschwerden, Sexual- und Arbeitsstörungen, übermäßige Prüfungsangst usw. gekennzeichnet sind. Der Zusammenhang von Hochschulstruktur und der Aktualisierung psychischer Konflikte ist kompliziert, spezifisch studentische Störungen nur wenig erforscht (9). Im Folgenden seien nur die wichtigsten Konfliktzonen genannt, die meiner Meinung nach die Misere des gegenwärtigen studentischen Alltags ausmachen.

1. Das heutige Angebot an Lehrpersonal und Studienplätzen hat trotz Erweiterungen in den letzten Jahren dem rapide anwachsenden Bedürfnis nach einer Hochschulausbildung nicht standgehalten. Die Folge sind Massenveranstaltungen, zum Teil verbunden mit der Rückkehr zum Frontalunterricht, in denen die Studenten kaum Möglichkeiten haben, Lehrinhalte und deren Vermittlung mitzubestimmen sowie sinnvoll und relativ angstfrei zu lernen. Das bedeutet, daß die Möglichkeiten, sich über gemeinsame Arbeit in den Lehrveranstaltungen kennenzulernen, stark eingeschränkt sind. Die Folge sind Isolierung, das Gefühl der Anonymität ,sowie bei vielen Studenten eine Verstärkung ihrer Kontaktstörungen.

2. Staat und Universität haben auf den Widerspruch zwischen Bedürfnis nach Hochschulbildung und realem Angebot mit Reglementierungen reagiert. Studienzeitverkürzungen, Verschärfung der Leistungsanforderungen in vielen Fächern sowie Numerus clausus sind Realitäten, die sich verstärkend auf Probleme der Prüfungsangst, Arbeitsstörungen und allgemeine Leistungsüberforderung auswirken. Der Numerus clausus, der bereits in den Schulen enorme Konkurrenzkonstellationen entstehen läßt, verschärft durch das Ausweichen auf abgelegene Fächer das ohnehin schon vorhandene Motivationsproblem vieler Studenten, d.h. die Unsicherheit in Bezug auf Studien- und Berufswahl. Lange Wartezeiten erzeugen darüber hinaus Erwartungen an Studium und Beruf, die gesellschaftlich nicht eingelöst werden können. Die Folge sind Enttäuschungen und die Unsicherheit darüber, ob sich langes Warten und die Entbehrungen während des Studiums überhaupt lohnen. Die steigende Arbeitslosigkeit bei Hochschulabsolventen (vor allem Lehrer, Sozialwissenschaftler, auch Naturwissenschaftler) gibt diesen Zweifeln ihre reale Berechtigung.

3. Die während der Studentenbewegung erreichten Einflußmöglichkeiten auf Forschung und Lehre (Drittelparität usw.) sind den Studenten und dem Mittelbau inzwischen entzogen. Hinzukommen Radikalenerlaß und Berufsverbote - Realitäten, die nach einer Phase des Engagements und der Mitbestimmung ein Klima der Resignation und Apathie, zum Teil der Unsicherheit und Angst geschaffen haben.

4. Hinzukommt ein Faktor der studentischen Sozialisation, der existiert, seitdem es Hochschulen gibt: die relativ lange Ausbildungszeit. Der Student befindet sich ständig in dem Widerspruch, auf der einen Seite noch keinen Beruf zu haben und damit materiell abhängig zu sein (entweder von den Eltern oder von staatlichen bzw. privaten Stipendien), sich auf der anderen Seite jedoch in einem Ausbildungssektor zu befinden, der vom sozialen Prestige her allgemein hoch eingeschätzt wird und sowohl mit gesellschaftlichen Anforderungen (hohe Qualifikation, "Spitzenkräfte" usw.) als auch mit Versprechungen(materielle Absicherung, Ansehen) verbunden ist. Dieser Widerspruch, noch nichts zu sein, doch sehr viel zu werden, führt häufig zu Unsicherheiten in Bezug auf die soziale Identität, die von Gefühlen eigener Minderwertigkeit bis zu idealisierenden Selbstüberschätzungen reichen.

Hinzukommen spezifische Probleme im Bereich der Sexualität und Partnerschaft sowie Ablösungsprobleme von den Eltern. Die Möglichkeiten, diese Konflikte in der Beratungsstelle in therapeutischen Einzel- oder Gruppengesprächen annähernd bewältigen zu helfen, sind wegen geringer personeller Besetzung stark eingeschränkt. Hinzukommt eine hohe Dunkelziffer von behandlungsbedürftigen Studenten, die erst gar nicht in die Beratungsstelle oder andere therapeutische Institutionen gehen (das gilt vor allem für suicidale Studenten). Hier ist vermutlich das immer noch vorhandene Vorurteil gegenüber psychischer Krankheit wirksam sowie das Mißtrauen gegenüber Institutionen, die diese behandeln.

Dieter Spazier und Jörg Bopp haben in ihrem Buch "Grenzübergänge. Psychotherapie als kollektive Praxis" deutlich gemacht, daß sich psychotherapeutisch orientierte Beratungsstellen an der Universität, die bestenfalls "gegen die pathogenen Auswirkungen einer unerträglichen Hochschulsituation bei den Patienten therapeutisch angehen" (10) ihrem eigenen Charakter, nämlich Institution zu sein, nicht entziehen können. Vielmehr weisen die Autoren sehr deutliche Parallelen zwischen Hochschulstruktur einerseits und Institution andererseits auf. Ebenso wenig, wie es z.B. dem Studenten möglich ist, den Dschungel Universität zu überblicken, ebenso wenig vermag er Einsicht in die Entscheidungsprozesse einer Beratungsstelle zu gewinnen. Die Patienten bleiben untereinander vereinzelt, es bleibt beim individuellen Leid, was nur in der therapeutischen Gruppe annähernd anders ist; diese Realität entspricht der Isolierung im Massenbetrieb Universität. Eine weitere Parallele ist die Vermeidung der Aufklärung über das methodische Vorgehen gegenüber den Patienten. Das hat zur Folge, daß der Therapeut für den Patienten zum Magier werden kann, was wiederum eine Fortsetzung der Situation an der Universität ist, wo die Dozenten sich "als Besitzer eines unermeßlich großen und schwer zugänglichen Wissens in Szene setzen", (11) Die mangelnde Mitbestimmung der Patienten - in der Heidelberger Beratungsstelle, wo Spazier und Bopp arbeiten ,wird ein Mitbestimmungsmodell erprobt - entspricht der Rücknahme von Entscheidungsmöglichkeiten der Studenten im Universitätsbetrieb. Und schließlich bleiben, so Spazier und Bopp, die Zusammenhänge von Gesellschaft

und Krankheit für den Patienten einer Beratungsstelle verdunkelt, was wiederum der Realität an der Hochschule entspricht, wo die Ideologie wertfreier Wissenschaft immer noch ihre Blüten treibt. So ist eine Beratungsstelle unvermeidbar eine Institution, d.h. "ein Haus, das mit Fremden angefüllt ist" (Rohde).

... und warum Selbsthilfe dem entgegenwirken kann

Demgegenüber haben Selbsthilfeorganisationen - und das war eine der wichtigsten Überlegungen bei der Gründung des Social Work - die Chance, sich dem Charakter einer Institution weitgehend zu entziehen, d.h., sie vermögen das Therapeut/Patient-Gefälle, sowie die Ideologie von der Krankheit als individuellem Versagen zu vermeiden. Der Vorteil des Social Work liegt also darin, daß jemand, der Hilfe braucht, sich nicht an Institutionen, professionelle Therapeuten, die ihm häufig als anonym und schwer erreichbar erscheinen, wenden muß, sondern an Laien, zu denen sich wegen des gleichen Erfahrungszusammenhangs oft leichter Vertrauensbeziehungen herstellen lassen. D.h. in diesem Fall: Der Schritt, ins Social Werk zu gehen, sei es in eine Selbsthilfegruppe oder zu dem dort anwesenden diensthabenden Studenten, um über seine psychischen Probleme zu sprechen, ist mitunter leichter, als sich in der Beratungsstelle anzumelden. Es gibt dort keinen Therapeuten, der ihm aufgrund seiner Berufsrolle in der Regel als "gesund" und kompetent entgegentritt, der ihn etikettiert als behandlungsbedürftigen Kranken. Stattdessen treffen sich dort Menschen mit ähnlichen Erfahrungszusammenhängen, mit ähnlichen Konflikten, mit dem Versuch, diese erst einmal zu artikulieren und, wenn möglich, zu gemeinsamen Lösungen zu kommen. Ich will das nicht idealisieren. Eine Selbsthilfeorganisation ist bei weitem kein Garant für egalitäre Beziehungen, sie ist auf keinen Fall frei von der Gefahr, in sich selbst eben jene institutionelle Gewalt herzustellen, gegen die sie sich wendet (z.B. dann, wenn die Gruppeninitiatoren oder die Dienstleute sich wie "kleine Therapeuten" zu fühlen beginnen). Dennoch: Selbsthilfeorganisationen haben eine Chance, Herrschaft, Macht und Angst prozesshaft zu überwinden, weil sie mit dem Ballast "Institution" nicht befrachtet sind.
Selbsthilfeorganisationen zeigen vor allem im Bereich der Drogenabhängigkeit zum Teil beträchtliche Erfolge. Scheff spricht von einer Heilungsrate von 55 % bei der Release-Gruppe "Syanon". (12) Darüber hinaus ist die Chance, in einer Selbsthilfeorganisation ein anderes Verständnis von Krankheit - nämlich Ergebnis gesellschaftlicher Realitäten (Familie, Universität usw.) - zu entwickeln, zumindest gegeben, wenngleich die Erfahrungen der bisherigen Arbeit zeigen, daß die Vermittlung gesellschaftlicher und individueller Miseren schwierig ist.

Die Selbsthilfegruppen

Das Social Work besteht, wie gesagt, aus Selbsthilfegruppen und einem Kontakt- und Informationszentrum. Beide Arbeitsbereiche stehen insofern in Zusammenhang, als sich die meisten Gruppen in diesem Kontaktzentrum treffen und sich darüberhinaus Teilnehmer dieser Gruppen dort oft aufhalten. Die Selbsthilfegruppen werden jeweils am Anfang des Semesters in einem Plenum gegründet, zu dem über ein Flugblatt eingeladen wird.

Es gibt Gruppeninitiatoren, die sich zu einem bestimmten Thema, z.B. Partnerprobleme, Wohngemeinschaft, Rollenspiel, Studium und Universität usw. Gedanken gemacht haben und sich auf dem Plenum vorstellen. Die Gruppen laufen meistens über 1 - 2 Semester. Die Gruppen bestimmen selber, wieviel Teilnehmer sie haben möchten, ob sie offen sind für jeden usw. Sie sind also autonom, bestimmen, wie sie vorgehen und was sie machen wollen, wie oft sie sich treffen usw. Gerät eine Gruppe in eine schwierige Phase, so hat sie die Möglichkeit, einen Mitarbeiter der Beratungsstelle zu bitten, ein paar Sitzungen an der Gruppe teilzunehmen. Das ist zu Anfang des Bestehens der Gruppen manchmal vorgekommen, in der letzten Zeit nicht mehr. Möglichkeiten gegenseitiger Supervision bestehen darin, daß sich wöchentlich einmal Vertreter der einzelnen Gruppen treffen, um ihre Erfahrungen auszutauschen. An diesem Treffen nahmen ich und der Leiter der Beratungsstelle lange Zeit teil, inzwischen trifft sich das Gruppenforum ohne uns. Dabei gab es immer das Problem, daß die einzelnen Gruppen die Tendenz haben, sich voneinander zu isolieren, sich nach innen abzuriegeln; deshalb war das gemeinsame Treffen oft nur von wenigen Gruppenteilnehmern besucht. Vielfältige Appelle nutzten wenig, was dazu führte, daß oft unbekannt blieb, was in den Gruppen passierte.

Drei Aufgaben des Gruppeninitiators

Wir haben im Laufe der Arbeit vor allem drei wichtige Aufgaben des Gruppeninitiators definieren können:
1. Er sollte, vor allen Dingen zu Anfang, die Gruppe insofern strukturieren, als er konkrete Vorschläge zu dem jeweiligen Thema macht, um der Gruppe Angst-Entlastung zu geben. Für einige Gruppen haben wir z.B. Strukturierungsvorschläge erarbeitet: Zum Thema "Sexualität" gab es einige Gruppen, die sich pornografisch-aufklärerische Filme vom Institut für Sexualforschung Hamburg besorgten, die in einer der ersten Gruppensitzungen gezeigt wurden; danach wurde versucht, über die Gefühle und Empfindungen, die jeder einzelne hatte, zu sprechen. Am Anfang einer Gruppe mit dem Thema "Kontaktschwierigkeiten" könnte z.B. stehen, daß der Gruppeninitiator die verschiedenen Kontakte, die sich im studentischen Alltag ergeben (Hörsall, Seminar, Mensa, Kneipe usw.) schildert, um so einen Einstieg in das Thema zu finden. Eine solche Strukturierung hat sich erst im Laufe der Arbeit als unbedingt notwendig erwiesen, da in vielen Gruppen in ähnlicher Weise immer etwa Folgendes passierte: Die Teilnehmer kommen zusammen mit bestimmten Erwartungen und Bedürfnissen: beispielsweise über ihre Kontaktstörungen oder ihre sexuellen Probleme sprechen zu können, Hilfe von anderen zu bekommen, Kontakte zu erweitern usw. Da anfangs in jeder Gruppe aufgrund des mangelnden Kennens untereinander Angst entsteht, sind die Erwartungen nicht ad hoc zu erfüllen. So stand dann auch am Anfang jeweils die Frage: Wie können wir uns kennenlernen, um eine Atmosphäre zu schaffen, die das Reden über Probleme überhaupt erst ermöglicht. Es erwies sich dabei als schwierig, diesen Prozeß des Kennenlernens ohne ein Vorgehens-Konzept zu gestalten. Oft geriet der Appell: "Wir wollen uns kennenlernen" zu einem zähen Kreisen um sich selber, rief Angst,

Langeweile oder Aggressivität hervor. Aus diesen Erfahrungen erwuchs die Konsequenz, die Gruppen weit mehr nach flexiblen Projekten zu strukturieren, wobei neben thematischen Vorschlägen auch gemeinsame Unternehmungen stattfanden, z.B. gemeinsam ein Wochenende wegzufahren.

2. Eine weitere Aufgabe, die der Gruppeninitiator erfüllen sollte, ist die Sündenbockentlastung. D.h.: Wenn die Gruppe - und das passiert beinahe regelhaft mindestens einmal - ein solches Maß an Enttäuschung, Aggressivität oder Angst entwickelt, daß sie diese Gefühle nicht mehr bewältigt und sie auf das schwächste Mitglied der Gruppe delegiert, sollte der Gruppeninitiator eingreifen, indem er diesen Prozeß verbalisiert oder sich selbst zum Sündenbock macht, indem er die Meinung, Haltung des Sündenbocks noch übertrifft und damit die jeweiligen Gefühle auf sich zentriert.

3. Der Gruppeninitiator soltle darauf achten, daß die Teilnehmer im Sinne der themenzentrierten interaktionellen Methode "ich" sagen statt "man", d.h. jeweils von ihren authentischen Gefühlen sprechen statt sich an vorgegebene Klischees zu halten oder die Gefühle anderer zu interpretieren.

Das Rotationsprinzip: jeder kann diese Aufgabe wahrnehmen

Wenn eine Selbsthilfegruppe befriedigend verläuft, so werden diese drei Funktionen allmählich auch von den anderen Teilnehmern, je nach Situation, übernommen werden können. Hier liegt auch der wichtigste Unterschied zu allen professionellen therapeutischen Gruppen: Während sich dort ausschließlich der Therapeut bestimmter, für den Erfolg des Gruppenprozesses notwendiger Techniken bedient, die außerdem über die drei genannten Funktionen hinausgehen bzw. sich auch von ihnen unterscheiden, sollen in Selbsthilfegruppen diese Funktionen nach dem Rotationsprinzip von allen Teilnehmern übernommen werden. Die Erfahrungen aus den einzelnen Gruppen bestätigen, daß immer dort, wo das annähernd geschieht, ein Gruppenklima der Offenheit und des Wohlgefühls zu finden ist. Es wurde immer dann schwierig, wenn sich aus der Gruppe heraus - und das mußte nicht unbedingt der Gruppeninitiator sein - ein "Gruppenführer" herausschälte, dessen Dominanzproblematik offensichtlich war. Oft kann sich eine Gruppe gegen derlei Dominanz nicht wehren. In einer Selbsthilfegruppe, an der ich auf deren Wunsch hin zweimal teilnahm, stellte sich z.B. heraus, daß der Gruppenführer nur deshalb so schwer zu entmachten war, weil er mit sehr subtilen Andeutungen der Gruppe androhte, daß er, falls man ihn entthronen wolle, die ganze Arbeit - und er tat viel für die Außenarbeit der Gruppe - hinschmeißen würde. Das Gruppenklima änderte sich erst, als einige in der Gruppe aktiver wurden, neue hinzukamen und der "Gruppenführer" die Gruppe verließ.

Selbsthilfegruppen fördern Autonomie statt Abhängigkeit

Selbsthilfegruppen sind also weit mehr als professionell-therapeutische Gruppen auf die Aktivität aller Teilnehmer angewiesen. Existenz und Erfolg von Selbsthilfegruppen sind abhängig von der Bereitschaft der Teilnehmer, von ihren authentischen Erfahrungen zu sprechen, den anderen zuzuhören, jemanden gegebenenfalls zu entlasten und Fähigkeiten zu entwickeln, stagnierende, angstmachende Situationen zu bewältigen. Das, was in der traditionellen Therapie am Ende des therapeutischen Prozeßes stehen soll: Die Kompetenz zur Selbsthilfe wird hier von Anfang an zu einem Schwerpunkt des Prozesses selbst. Darin liegen die Chancen, egalitäre, statt wie in der professionellen Therapie asymmetrische Beziehungen herzustellen. Lukas Moeller spricht vom "Aufforderungscharakter", der in den Selbsthilfegruppen liegt: "Die Gruppentherapie ist therapeutenzentriert und mobilisiert dadurch Abhängigkeitstendenzen, Passivität und Regression. In der Selbsthilfegruppe fehlt der Therapeut, an den man sich anlehnen bzw. anhängen kann. Durch die Aufforderung, sich selbst zu helfen, werden statt Abhängigkeitstendenzen Autonomietendenzen aktualisiert. Der psychodynamische Prozeß in einer Selbsthilfegruppe steht also unter ganz anderen Bedingungen, folgt ganz andern Gesetzen ... Wahrscheinlich sind aus diesem Grunde die Interaktionen direkter und härter, tiefe Regression seltener und das Gruppenerlebnis mehr von aktuellen Problemen und weniger von vergangenen Beziehungen, etwa zu den Elternfiguren bestimmt" (13).

Auch Vattano betont, daß in den meisten Selbsthilfemodellen die Eigenverantwortung (responsibility) eine große Rolle spielt, d.h. die Aktivität des Einzelnen ,sich zu verändern, wird mobilisiert, z.T. auch mit Hilfe moralischer Kodices, wie z.B. bei den Anonymen Alkoholikern (14).

Selbsthilfegruppen regulieren sich selbst

Das Vermeiden tiefer Regression ist auch als ein wichtiger Selbstschutz von Selbsthilfegruppen zu verstehen. Die Erfahrungen unserer Selbsthilfegruppen haben gezeigt, daß die Angst und Vorbehalte von Seiten vieler Professioneller, aber auch von Seiten der Studenten unbegründet sind: Daß nämlich Selbsthilfe gefährlich sei, weil dort ein Fachmann fehle, um schwere Dekompensation, psychotische Schübe, Suicidalität usw. aufzufangen. Es herrscht offensichtlich eine gut funktionierende Selbstregulation in diesen Gruppen, so daß man eher sagen kann, daß in ihnen zu wenig als zuviel passiert. Das wird bestätigt durch vergleichende Untersuchungen in den USA, wo Selbsthilfegruppen und Therapiegruppen verglichen werden, u.a. im Hinblick auf krisenhafte Verläufe. Ein Ergebnis ist: "Das Schlechteste, was passiert, war nicht, daß zuviel passierte, sondern zu wenig." (15) Auf der anderen Seite ist mir der Ruf nach dem "Fachmann" einsichtig,und ich nehme ihn ernst. Denn die in der Selbsthilfe geforderte Autonomie ist eine Zumutung. Das Fehlen der Möglichkeit tiefer Regression, wie sie z.B. in der Psychoanalyse geschehen kann, ist ein Mangel. In der Selbsthilfe wird von den Beteiligten etwas Paradoxes verlangt: sie sollen das bereits (tendenziell) sein, was sie erst werden wollen: autonom. Diese Zumutung ist m.E. auch der Grund dafür, daß trotz des immensen psychosozialen Leids, das therapeutisch völlig unterversorgt ist, Selbsthilfeorganisationen nur sehr zögernd sich zu entwickeln beginnen.

Typische Unterschiede zwischen Therapie- und Selbsthilfegruppen

Stanley Dean hat in Anlehnung an N. Hurvitz typische Unterschiede zwischen professioneller Therapie und Selbsthilfe-Gruppen zusammengestellt, von denen ich die wichtigsten, die sich auch als Ergebnis unserer Arbeit formulieren lassen, herausstellen möchte:

Traditionelle Psychotherapie	Selbsthilfegruppen
1. beruflicher, autorisierter Therapeut	nichtprofessioneller Leiter, Gruppenparität
2. Honorar	frei
3. therapieorientierte Atmosphäre (Psychiaterbüro, Klinik usw.	nichttherapieorientierte Atmosphäre (Kirchen- und Gemeinderäume, Stadtteiltreffpunkte etc.)
4. Psychiater wird als "normal" wahrgenommen, identifiziert sich nicht mit dem Patienten	Peers sind gleichermaßen leidend, identifizieren sich untereinander
5. Therapeut ist kein Rollenvorbild, setzt keine persönlichen Beispiele	Peers sind Rollenvorbilder, müssen sich gegenseitig Beispiele geben
6. Therapeut ist unkritisch, nicht-urteilend, neutral, aufmerksam	Peers sind aktiv, urteilend, unterstützend, kritisch, redend
7. die Patienten öffnen sich einseitig dem Therapeuten gegenüber, Enthüllungen sind geheim	Peers öffnen sich gegenseitig, Enthüllungen werden geteilt
8. Patienten erwarten, nur Hilfe zu bekommen	Patienten müssen auch Hilfe geben
8. Der Therapeut akzeptiert ... die Krankenrolle, entlastet den Patienten, schiebt die Schuld auf die Ursachen	die Patienten weisen die Krankheitsrolle zurück, halten Mitglieder für verantwortlich (16)

Das Verhältnis: "Selbsthelfer"/"Experte" oder: wie fühle ich mich im Social Work?

Es war für mich von Anfang an ein Widerspruch: ich, Angestellte der Beratungsstelle, entwickelte ein Selbsthilfekonzept für Studenten, also etwas, von dem man gemeinhin annimmt, daß die Betroffenen - die Studenten - das selber entwickeln. Ich initiierte etwas, dessen Ziel sein sollte, mich überflüssig werden zu lassen. Und das ist ein Dilemma: denn wer wird schon gern überflüssig? Meine Gefühle dem Social Work gegenüber waren stets so ambivalent wie seine Entstehungsgeschichte: ein Schwanken zwischen überbesorgt-skeptischer Haltung (können die das denn auch wirklich alleine?), verbunden mit dem Drang, überall "fachkundig" Hilfestellung geben zu wollen (17) und einem etwas gekränkten Links-liegen-Lassen im Sinne von: 'ach, die kommen ja ohne mich aus', wobei sich oftmals dahinter leichte Empörung darüber verbarg, daß die Studenten da etwas tun, was meiner Tätigkeit zumindest ähnlich ist, wofür ich jedoch Zeit und Geld aufbringen muß, um es zu lernen; (allerdings auch Geld da-

für bekomme, daß ich es praktiziere). Und selbst wenn ich innerlich bereit bin oder sogar den Wunsch habe, meine Therapeutenprofession im Social Work hintanzustellen, sie läßt sich nicht abstreifen wie eine zweite Haut, weil es immer Studenten im Social Work gibt, die diese Rolle an mir sehen wollen und befremdet darauf reagieren, wenn ich beginne, von mir zu erzählen.

Kontakt- und Informationszentrum

Das Kontakt- und Informationszentrum besteht aus einer zusammenhängenden Wohnung mit 3 1/2 Zimmern und einer Küche im Haus der universitären studentischen Beratungsstelle. Je nach Kapazität ist dieses Zentrum entweder Tag und Nacht oder bis Mitternacht geöffnet und jeweils von mindestens einem Diensthabenden besetzt. In dieser Wohnung ist auch ein Telefon. Das Zentrum soll etwa folgende Möglichkeiten bieten:

1. Wenn sich jemand in einer akuten Konfliktsituation befindet, soll er die Möglichkeit haben, mit dem dort Anwesenden zu sprechen oder ihn anzurufen. In äußerst schwierigen Fällen besteht die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit einem Mitarbeiter der Beratungsstelle.
2. die Selbsthilfegruppen können sich im Kontakt- und Informationszentrum treffen.
3. In den Räumen sollen Möglichkeiten vielfältiger Kontakte gegeben werden: Musik machen, malen, spielen, Feste feiern usw. Darüber hinaus können über den Austausch von Adressen Kontakte spezifischer Art geschaffen werden: Studenten mit gleicher Fachrichtung, die sich zu gemeinsamen Studien zusammenfinden oder eine Examensgruppe bilden, die Organisierung von Ferienfahrten, Wohngemeinschaften usw.
4. In Arbeit ist eine Art Informationskartei, die es dem Studenten ermöglichen soll, sich durch den Dschungel der Universität besser zurecht zu finden, d.h. die jeweils Diensthabenden sollen über Bafög-Bestimmungen, Wohnheimplätze, Numerus-clausus-Modalitäten, Studiengänge und Examensbestimmungen, Therapiemöglichkeiten in Göttingen usw. Informationen bereitstehen haben. Außerdem sind Kontakte zu einigen Assistenten verschiedener Fachbereich aufgenommen worden, die in besonderen Fällen von Arbeits- und Examensschwierigkeiten mit dem Social Work zusammenarbeiten. Hinzu kommen Einzelhilfeleistungen, so daß in einigen Fällen ein Student des Social Work jemandem dabei behilflich war, seine Examensarbeit fertigzustellen. Das heißt: das Kontakt- und Informationszentrum ist sowohl eine Art Auskunftbüro als auch Anlaufstelle für akute Kriseninter-vention sowie Zentrum für vielfältige Tätigkeiten und Kontakte.

Konflikte: das Problem "offenes Haus"

Eine Erfahrung ist, daß gerade der letzte Bereich in der Selbstdarstellung nach außen offensichtlich vernachlässigt wurde, so daß immer wieder das Image entstand, das Social Work sei ausschließlich Anlaufstelle für "Ausgeflippte". Dieses Problem wurde dadurch erschwert, daß sich phasenweise Drogensüchtige, arbeitslose Jugendliche mit schweren Alkoholproblemen, zum Teil auch "Knackies" im Social Work aufhielten und das Klima weitgehend bestimmten. Diese Situationen sind jeweils in doppelter Hinsicht problematisch: Zum

einen gefährden sie die Existenz des Social Work überhaupt. Der halbinstitutionelle Charakter des Social Work - auf der einen Seite eine studentische Selbsthilfeorganisation ohne ständige Kontrolle von Seiten der Universität, auf der anderen Seite Teil des Universitätsbetriebes (Räume) - ermöglicht zwar eine Handlungsautonomie, die sich jedoch nur relativ, in einem bestimmten Spielraum bewegen kann. Zu ernsthaften Konfliktzuspitzungen ist es bisher nicht gekommen. Der zweite schwierige Punkt ist, daß sich viele Studenten, die neu ins Social Work kommen, von einem solchen Klima abgestoßen fühlen. Diese Probleme sind immer wieder diskutiert worden. Anfangs bestand die Konzeption, nichtstudentische Jugendliche nur dann ins Social Work zu integrieren, wenn sich Studenten bereit fanden, mit ihnen sozial-therapeutisch zu arbeiten. Diese Versuche sind, was langfristige Arbeit angeht, gescheitert. Was gelang, waren akute Kriseninterventionen: Es passierte einige Male, daß Jugendliche, von Zuhause weggelaufen, im Social Work landeten. Die Hilfestellung, die wir geben konnten, war, herauszufinden, in welcher Situation sich der Jugendliche befand. Das mußte möglichst schnell geschehen, da wir uns sonst strafbar gemacht hätten. In der Regel gelang es, gleich am nächsten Tag einen Termin bei der "Kontaktstelle für Jugendliche" in Göttingen zu bekommen, die sich speziell um Probleme von Jugendlichen kümmert. In einem Fall konnte anschließend ein familien-therapeutisches Gespräch stattfinden, was deshalb leicht möglich war, weil der Leiter der Beratungsstelle, Eckhard Sperling, eine familientherapeutische Abteilung an der Universität leitet.

Der "Dienst"

Das Arbeitsfeld "Dienst" war immer der problematischste Bereich im Social Work. Auf der einen Seite bestand bei vielen Studenten, die sich zum Dienst bereitfanden, ein diffuses Gefühl von Überforderung, das sich jedoch oft nur in der Angst vor dem nicht Vorhersehbaren, vor dem, was an einem Abend auf sie zukommen könnte, äußerte. In der Regel war es oft umgekehrt: Es gab Zeiten, wo nur wenige Studenten das Social Work deshalb aufsuchten, weil sie ein konkretes Problem besprechen wollten. Der zweite Grund für die Schwierigkeit liegt meines Erachtens darin, daß die Diensthabenden unter sich nur wenig Kontakt haben. In der Anfangsphase bestanden engere Kontakte durch gemeinsam veranstaltete Wochenenden auf dem Land, wo wir über die Konzeption des Social Work diskutierten, gemeinsam kochten, aßen und tranken. Das kontinuierlich zu gestalten ist oft deshalb schwierig, weil die Dienstleute fast jedes Semester wechseln und wir uns ständig neu auf die Suche nach Interessenten machen müssen. Ein oft diskutierter Plan wird nun in Angriff genommen werden: Die Gründung einer Art Balint-Gruppe, die von mir und Bernhard Achterberg geleitet wird. In dieser Gruppe sollen die Dienstleute die Möglichkeit haben, über ihre Gefühle, Ängste usw. zu sprechen, die sie speziell während ihrer Arbeit im Social Work, mit Leuten, die sie um Rat bitten, haben. Diese Gruppe soll außerdem ein Stück Selbsterfahrung ermöglichen und die Beziehung zwischen den einzelnen Dienstleuten klären helfen. Eine weitere Einrichtung ist ein Erstgesprächstraining, das von Bernhard Achterberg eingerichtet worden ist. Die Zusammenarbeit mit dem "KiK" (18), das gerade in der Aufbauphase ist, ist eingeleitet; das "KiK" ist vor allen Dingen als Anlaufstelle

für nicht-studentische Bevölkerungsgruppen konzipiert.

Die theoretischen Diskussionen, die wir zwischendurch immer wieder führten, kreisten in der Regel um folgenden Punkt: Es wurde als ein Mangel empfunden, daß die gemachten Erfahrungen in den Gruppen und im Kontaktzentrum nicht ausreichend nach außen, in die Hochschule hineinwirkten. Oft wurde das Social Work als eine Art Insel erlebt, die sich um die universitäre Misere kaum kümmert. Das ist, meiner Einschätzung nach, richtig und falsch zugleich. Es ist richtig, weil es uns bisher tatsächlich nicht gelungen ist, über sicherlich wichtige Entlastungen vom Universitätsbetrieb hinaus zu nach außen wirksamen Aktionen zu gelangen, die die Hochschulmisere selbst in Angriff nehmen; was wiederum kein Wunder ist bei der derzeitigen politischen Situation. Diese Einschätzung ist jedoch insofern falsch, als ich meine, daß die Möglichkeit der Selbsterfahrung, die Möglichkeit, über die eigene Misere zu sprechen, die sich dann in der Regel als kollektive herausstellt, die Anstrengung, zu ein wenig anderen Kontakten, als sie an der Universität vorherrschen,zu gelangen sowie der Versuch, den Universitätsbetrieb ein Stück weit zu unterlaufen, durchaus politische Dimensionen in sich birgt.

Anmerkungen:

(1) Vorgestellt in einem Seminar über Selbsthilfegruppen auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1975 und zusammengefaßt unter dem Titel "Selbsthilfegruppen in der Psychotherapie", in: Praxis der Psychotherapie, Bd. 20, Heft 4, Berlin 1975. Eine weitere Arbeit von Moeller über Selbsthilfegruppen ist für die Juli-Nr. von "Psychologie heute" (Beltz-Verlag) angekündigt. Sie lag bei Redaktionsschluß noch nicht vor.

(2) M.L. Moeller, Selbsthilfegruppen, a.a.O. S. 4

(3) Einen Teil der folgenden Informationen verdanke ich Bernhard Achterberg, Göttingen, der mehrere Male in London war und im "Cope" mitgearbeitet hat, sowie Bärbel Konrad, Göttingen, die in diesem Jahr in London war und das Cope und das Synanon besucht hat. C.O.P.E. heißt: Community Organisation fore People's/ Psychiatric Emergencies

(4) Vgl. die Arbeiten von Laing und Cooper sowie, speziell über Kingsley Hall, Mary Barns, Meine Reise durch den Wahnsinn, München 1973

(5) 1974 gab es auf der Jahrestagung der "Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie" in Andernach ein Seminar zum Thema "Selbsthilfegruppen" (Leitung: Klaus Dörner, Hamburg). 1975 fand, wie gesagt, zum gleichen Thema ein Seminar in Lindau statt.

(6) Vgl. Vattano, Anthony J., Power to the people: Self-help-groups, in: Social Work, Vol. 17 (4), Manila 1972, S. 7-15. Scheff, Thomas J., Reevaluation Counseling: S cial Implications, in Journal of Humanistic Psychology, Vol. 12 (1) Waltham 1972, S.58-71 Kutz, Alfred H., Self-Help-Organizations and Volunteer Participation in Social Welfare, in: Social Work, Vol. 15 (1), 1970. Dean, Stanley R., Self-Help-Group Psychotherapy: Mental Patients Rediscover Will Power, in: The International Journal of Social Psychiatry, Vol. 17 (1), 1971. Berzon, Betty und Lawrence N. Solomon, The Self-Directed Thera-

peutic Group: Three Studies, in: Journal of Counseling Psychology, Vol. 13 (4), Dubuque 1966

(7) Vgl. z.B. Thomas J. Scheff, der über eine Form der therapeutischen Selbsthilfe, die "Peer Self-Help Psychotherapy Groups" sagt: "PSHPG would seem to offer 'artificial' social networks to replace the natural networks (class, extended families, neighbourhood cliques, etc.) that are fast disappearing in the Western World", a.a.O. S. 60

(8) Eugen Mahler, Psychische Konflikte und Hochschulstruktur, Frankfurt/M. 1971, S. 34

(9) Vgl. Eckhard Sperling/Jürgen Jahnke, Z ischen Apathie und Protest, Bd. 1 u. 2, Bern 1974; Eugen Mahler, Psychische Konflikte und Hochschulstruktur, a.a.O.; Horst-Ulfert Ziolko (Hrsg.) Psychische Störungen bei Studenten, Stuttgart 1969; Michael L. Moeller/J.W. Scheer, Psschotherapeutische S udentenberatung, Stuttgart 1974.

(10) Spazier/Bopp, Ffm. 1975, S. 76

(11) Spazier, Bopp , Grenzübergänge.../a.a.O. S. 78

(12) Vgl. Thomas J. Scheff, Reevaluation Counseling ... a.a.O.S. 60

(13) M.L. Moeller, Selbsthilfegruppen ... S. 10

(14) Vgl. A. J. Vattano, Power to the people ... S. 14

(15) Berzon, Betty an Lawrence N. Solomon, T e S lf-Directed Therapeutic Group, a.a.O. Seite 491 (Übersetzung von mir)

(16) Hurvitz, N., Similarities and differences between peer self-help psychotherapy groups and professional psychotherapy, gehalten auf dem 76. Jahrestreffen der "American Psychol. Assoc. 1968 in San Francisco, referiert in: Dean, S., Self-Help Group Psychotherapy ... a.a.O. S. 146 (Übersetzung von mir)

(17) M.L. Moeller vergleicht diese Haltung zutreffend mit der "overprotective mother". Vgl.: Selbsthilfegruppen a.a.O. S. 6.

(18) "KiK" heißt "Kontakt in Krisen", vgl. Aufs. Achterberg

AUSGEWÄHLTE LITERATUR

A. Die Theoretischen Hintergründe

Brückner, Peter:
Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus, Frankfurt 1972 (eva);

Goffman, Erving:
Asyle, Frankfurt 1972 (suhrkamp theorie)
Stigma, Frankfurt 1969 (suhrkamp theorie)
Interaktionsrituale, Frankfurt 1974 (suhrkamp theorie)
(Alle Schriften von Goffman, der einen soziologischen Ansatz vertritt, befassen sich vor allem mit der Frage, was zwischen den Menschen abläuft, wie "abweichendes" Verhalten entsteht und behandelt wird. Durch die zahlreichen Beispiele und eine sehr klare Sprache gut lesbar.)

Laing, Ronald D.
Phänomenologie der Erfahrung, Frankfurt 1972, (edition suhrkamp)
Das geteilte Selbst (k&w, neuerdings auch als billiges Tb)
Das Selbstund die Andern (k&w)
Politik der Familie (k&w)
(Laing wird von vielen als der bedeutendste Theoretiker in der Begründung der Antipsychiatrie angesehen. Er wendet - als ausgebildeter Analytiker - existentialistisches Denken radikal auf jene Bereiche menschlichen Verhaltens an, die bisher als krank abgestempelt werden. Vgl. etwa auch die psychologischen Aussagen von Sartre.)

Parow, Eduard:
Psychotisches Verhalten und Umwelt. Eine sozialpsychologische Untersuchung, Frankfurt 1972

Szasz, Thomas:
Geisteskrankheit - ein moderner Mythos. Frankfurt 1973
(Szasz hat sich am konsequentesten mit dem Problem gesellschaftlicher Herrschaft und Unterdrückung im Psychiatrie-Bereich befaßt. Er kommt zu dem Schluß, daß es Geisteskrankheit im klassischen Sinne nicht gibt, sondern daß Patienten etwas von der Gesellschaft gemachtes sind.)
Eine gute Zusammenfassung über die Ideengeschichte dieser Ansätze bietet:
Bühler, Charlotte/Allen, Melanie:
Einführung in die humanistische Psychologie, Stuttgart 74 (Klett: Konzepte der Humanwissenschaften)

B. Praxis-Berichte, Konzepte (z.T. mit wesentlichen theoretischen Beiträgen kombiniert.)

Cooper, David:
Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Frankfurt 1971 (edition suhrkamp)

Basaglia, Franco (Hrsg.):
Die negierte Institution, Frankfurt 1971 (edition suhrkamp)

Moeller, Michael L.:
Selbsthilfe-Gruppen in der Psychotherapie, in: Praxis der Psychotherapie 20/4 (Berlin 1975)

Spazier, Dieter & Bopp, Jörg:
Grenzübergänge. Psychotherapie als kollektive Praxis, Frankfurt 1975 (edition suhrkamp)



BERICHTE UND DOKUMENTE ÜBER

BERUFSVERBOTE
und polititische
DISZIPLINIERUNGEN
im Bereich
Sozialarbeit und Erziehung

Preis: DM 2,--

Bezug: FHSS-Komitee gegen Berufsverbote,Goltzstr.43/44, 1 Berlin 30

- Blickpunkt Ausländer, auf 50 S. Untersuchungen über die Situation ausländischer Arbeiter in der BRD und anderen Staaten, Berichte von Initiativen, Nachrichten etc. Gegen Voreinsendung von DM 3.- zu beziehen bei Centre Européen Immigrés c/o SCI Römerstr. 324, 53 Bonn
- Aktion Jugendhaus Wertheim - Dokumentation eines über 6 Jahre dauernden Kampfes um ein selbstverwaltetes Jugendhaus, Erfahrungen und Einschätzungen. Gegen Vorauszahlung von DM 3.50 auf das Konto Aktion Jugendhaus Sparkasse Wertheim Nr. 380 637 9 (Stichwort: Doku), Mühlenstr. 7, 698 Wertheim
- Mietrecht für Mieter - Juristische Ratschläge zur Selbsthilfe - 210 S. Gegen Voreinsendung von DM 4.- + -.60 DM Porto zu bestellen bei: Bernd Vetter, Haynstr. 1, 2 Hamburg 20
- Politische Plakate u. Postkarten - Katalog anfordern; Wohlthatsche Buchhandlung, Rheinstr. 11, 1 Berlin 41
- Pastor Bollmann notgedrungen oder die Veränderung der Welt in Bitterstedt, Werkbuch zur Darstellung des gesellschaftlichen Machtkampfes in der Kirche. Herausgegeben von der ESG Hamburg, Grindelallee 9, 2 Hamburg 13
- Grünes Heft zum Berufsverbot - Aktion Nr. 2 - Berichte, Stellungnahmen, Aktionen und Materialien. Bezug: Aktion Sühnezeichen, Jebenstr. 1, 1 Berlin 12
- Daß Du untergehst,wenn Du Dich nicht wehrst, das wirst Du doch einsehen - Nachrichten aus einem westdeutschen Gefängnis - ein Bericht über die Inhaftierung von Gertrud Will; 52 S., DM 2.-; Bezug: Frauenoffensive, Josephsburgstr. 16, 8 München 80
- Emanzipatorische Arbeiterbildung "Zusammen Leben - Zusammen Lernen", eine Dokumentation über den Versuch selbstbestimmter Arbeiterbildung im Rahmen eines "selbstverwalteten" Volkshochschulheims. Gegen Voreinsendung von DM 4,50 (Scheck o. Briefmarken) zu bestellen bei: Renate Röver, Sachsenring 6, 5 Köln 1.
- Johanna - Duisburger Zeitschrift für Jugend, Kultur und Politik, u.a. ein Interview mit dem Drogenexperten Andrew Weil; Bezug: Heiner Wöstefeld, Lutherstr. 1, 41 Duisburg 1.
- Medien-Material: a) MPZ Nr. 1 Zur Theorie und Praxis politisch-pädagogischer Medienarbeit; Nr. 2 Gewerkschaftliche Medienarbeit; Nr. 3 Zur Medienarbeit mit Jugendlichen im Freizeitbereich; Bezug und weitere Informationen über Medienpädagogik-Zentrum Hamburg e.V., Grindelhof 59c, 2 Hamburg 13; b) Materialien zur Medienarbeit entwicklungspolitischer Gruppen; Bezug: Zentrum für audiovisuelle Öffentlichkeitsarbeit, Clemensstr. 120, 8 München 40; c) Video-Praxis - Erfahrungsberichte mit und über Videoarbeit am Institut für Publizistik in Münster, 40 S., DM 2.50; gegen Voreinsendung von DM 2.50 zu beziehen über: Karl-Ulrich Burgdorf, Pängelantonweg 11, 44 Münster.

- Alternative Adreßbuch '76 - über 360 Adressen und Projekte finden sich nach Postleitzahlen geordnet in dem grünen Handbuch, das zum Selbstkostenpreis von DM 6,48 über Heike Hesse, Darmstädter Landstr. 180, 6 Frankfurt 70, PSchKto Frankfurt 335309-602 zu beziehen ist.
- Kreuzberger Stadtteilzeitung über die Probleme von Obdachlosen, die Auseinandersetzungen mit der Sozialbürokratie, die Arbeit von Initiativgruppen und den Kampf der Mieter im Stadtteil; Bezug: Ulrike Urban, Fuggerstr. 33, 1 Berlin 30.
- O Schorndorfer Blättle - die Zeitung des JZ Hammerschlag; den ersten Jahrgang (Nr. 1 - 10) gibt es für DM 6.- in Briefmarken bei Ernst Bartl, Langestr. 25, 7060 Schorndorf.
- O Gegen Knast - Zeitung des Informationszentrums für Gefangenengruppen; Bezug IFG c/o Inga Schaefer, Brandenburger Str. 32, 48 Bielefeld 1.

STELLENANGEBOTE/STELLENSUCHE

- Zivildienststelle im Bereich der kirchlichen Jugendarbeit zum Jan./Febr. 1977 in Darmstadt frei. Die Stelle ist an ein Zivildienstmodell (Gruppentreffen und Beratung) angeschlossen und bietet auch die Möglichkeit zur Ableistung eines Anerkennungsjahres; Informationen: Sozialer Friedensdienst, Kiesstr. 18, 61 Darmstadt.
- Bewährungshilfe Nienburg sucht Sozialarbeiter; Kontakt: M. Alterauge, Goetheplatz 5, 307 Nienburg/Weser, Tel.: 05201/13812
- Sozialarbeiter für kommunales Jugendzentrum für sofort gesucht - möglichst mit Berufspraxis. Information 05221/54420
- Gesamtschule im Hochtaunuskreis hat Planstelle für Schulpsychologen in Aussicht. Anfragen unter Chiffre 9/12 an Sozialistisches Büro Offenbach.
- Gesucht werden 2 Genoss(inn)en für den Aufbau eines Jugend- und Kommunikationszentrums (Hauptschüler- und Berufsanfängerarbeit/ Polit- und Gewerkschaftskurse); erwünscht sind politische und praktische Erfahrungen in der Jugend-/Gewerkschafts- und Organisationsarbeit, sowie der Abschluß als Sozialarbeiter/-pädagoge grad. Bewerbungen an: SJD-Die Falken, Walderseestr. 100, 3 Hannover 1, Tel.: 0511/628297
- Wohngemeinschaft in Düsseldorf sucht dringend Zivildienstleistenden für Kinder-und Jugendarbeit im Stadtteil; Tel.: 0211/392994
- Arbeitslose Hauptschullehrerin (25 J) sucht in der Region Dortmund-Hagen - Münster Arbeit, insbes. mit Hauptschulabgängern und jugendlichen Arbeitslosen. Angebote unter Chiffre 9/15 an Sozialistisches Büro.
- Sozialpädagogin (Dipl) sucht Stelle im Raum Frankfurt möglichst in einer Beratungsstelle oder im Rahmen eines Projekts mit Jugendlichen. Nolli Demmer, Flörsheimer Str. 9, 6 Frankfurt.
- Suche Stelle als Sozialarbeiter ab April 77 (Examen Febr./März 77). Studienschwerpunkt: Gemeinwesenarbeit und Familienberatung. Bin 25 J. alt, verh., wohnortunabhängig. Praxiserfahrungen: Praktikum in der FaFü und in einem Jugendzentrum in Selbstverwaltung; 7-monatige Tätigkeit in einem Wohnkollektiv für straffällig gewordene Jugendliche und in einem Jugendzentrum in Selbstverwaltung seit 15 Monaten. Abgeschlossene Mechanikerlehre.

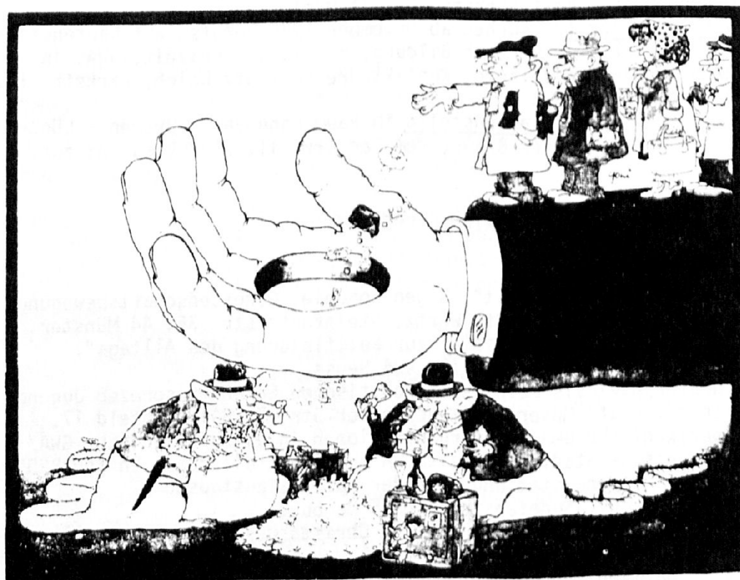
- Volkswirt (Dipl) mit Pädagogik im Nebenfach und praktischer Erfahrung in der Bildungsarbeit sucht Stelle in der außerschulischen Erwachsenen- oder Jugendbildungsarbeit. Zuschriften unter Chiffre 9/17 an Sozialistisches Büro.
- Sozialpädagoge (Dipl) und Sozialtherapeut sucht zum Januar 1977 Stelle (auch Teilzeitarbeit) in der Beratungsarbeit, Bildungsarbeit oder Fortbildung sozialpädagogischer Berufe; F. Buer, Warendorferstr. 138, 44 Münster.
- Pädagogin (Dipl) mit 1. Lehrerexamen sucht Stelle in der Ausländerarbeit, Frauenarbeit, Jugendarbeit oder Erwachsenenbildung; Teamarbeit Bedingung; Dorothea Staudinger, Sofienstr. 6, 74 Tübingen.
- Zwei/Drei Diplomsozialpädagogikstudenten mit längerer Praxiserfahrung in der Kinderarbeit wollen "älter" werden und suchen Möglichkeit zur kollektiven Praxis im Bereich der politischen Jugendbildung für ihr Hauptpraktikum (6 Monate), Tips und Angebote bitte an Schülerhort Münzgasse 7, 74 Tübingen.
- Erzieherin, 23 J. mit dreijähriger Berufserfahrung,sucht ab Januar 1977 neue Stelle in Heidelberg (z.Zt. in Sonderschule tätig); Susanne Bulka, Beutingerstr. 25, 71 Heilbronn.
- Sozialarbeiter (3) suchen ab Dezember 1976 Berufspraktikantenstellen, möglichst im Bereich Bildung, Beratung, Freizeit, GWA, in NRW oder Raum Heidelberg; Kontaktadresse: Lutz Reich, Parkstr. 10, 405 Mönchengladbach 1.
- Suche Berufspraktikantenstelle im Raum Hannover - Bremen - Lüneburger Heide; Dieter Braun, Memeler Str. 11, 2132 Visselhövede.

MATERIALIEN/ERFAHRUNGSBERICHTE GESUCHT

- "Jugendarbeitslosigkeit": Gegenökonomie, Genossenschaftsbewegung, Selbstorganisation - Ute Würtz, Steinfurterstr. 35, 44 Münster.
- "Jugendzentren als Beispiel zur Politisierung des Alltags". Dieter Hupka, Goethestr. 13, 404 Neuss.
- "Theaterspiel als Methode im politischen Erkenntnisprozeß Jugendlicher". Beate Müser, Leimbachshöfer Str. 7, 6418 Hünfeld 17.
- "Amerikanische GWA/Basisorganisationen in USA/Holländische GWA/ Italienische Stadtteilarbeit/GWA und Stadtteilarbeit in der BRD". Biete Unkostenerstattung und/oder Materialaustausch. Rainer Burgey, Sudetenstr. 2, 355 Marburg.
- "Schüler- und Lehrlingstheater". Christa Hesse, Nordstr. 32, 44 Münster.
- "Alternativen zur Heimerziehung". K. Ekhoff, Schwachhäuser Heer Str. 103, 28 Bremen.
- "Evangelische Jugendarbeit (Projekte, Konzeptionen)". Hilde Sordon, Rüschhausweg 186, 44 Münster.
- "Bildungsurlaub in der BRD - Gesetzestexte, Ausführungsbestimmungen etc.". Rolf Brede, Hauptstr. 66, 5411 Weitersburg.
- Suche Material und Adressen für Diplom-Arbeit: "Alternativen zur Heimerziehung"; Christine Crohn, Kirchbauerschaft 40a, 4401 Nordwalde.
- Der BDP/BDJ plant die Herausgabe eines Verzeichnisses von selbstorganisierten Bildungs- und Tagungsstätten sowie Zeltplätze und bittet um entsprechende Adressenangaben (eilt). Telefon: 0611/777 010.

ARBEITSFELDMATERIALIEN ZUM SOZIALBEREICH

Monika Fuhrke: STAATLICHE SOZIALPOLITIK



Eine Untersuchung
zur Entwicklung des Systems
der Sozialen Sicherheit im Kapitalismus

Offenbach im April 1976 - Preis acht Mark

DEN WIDERSTAND ORGANISIEREN!
MANIFEST DES SB ZUM PFINGSTKONGRESS 1976

Der Pfingstkongreß des Sozialistischen Büros hat gezeigt, daß sich die Basis im Kampf gegen politische Unterdrückung und ökonomische Ausbeutung verbreitet und daß es wirksame Ansatzpunkte der Gegenwehr gibt. Der Kongreß hat gezeigt, daß die Linke in der Bundesrepublik sich nicht einschüchtern läßt, daß sie fähig ist, in solidarischer und konstruktiver Diskussion Handlungsmöglichkeiten gegen die Repression zu erarbeiten und daß sie bereit ist, diese auch unter den schwierigen Bedingungen der Unterdrückung in sozialistische Praxis und in ihren Lebens- und Arbeitsbereichen umzusetzen.

Das Arsenal der politischen Unterdrückung ist von den Herrschenden in der Bundesrepublik in den letzten Jahren geschärft und ausgebaut worden - von der ständigen Diffamierung aller entschiedenen Demokraten über juristisch kaum faßbare Disziplinierungen in Betrieben und Verwaltungen, in Schulen und Krankenhäusern und selbst in manchen Gewerkschaften bis hin zu den offenen Berufsverboten, der Anwendung der sogenannten Gewaltparagraphen und den Verschärfungen im politischen Strafrecht und Strafvollzug.

Im Namen der "freiheitlich-demokratischen Grundordnung" werden Sozialisten und Kommunisten und - wie könnte es in einem sich ausbreitenden Klima von Angst und Denunziation anders sein - zunehmend auch unbequeme Liberale und linke Sozialdemokraten politisch verfolgt. Hier gilt es, den Anfängen zu wehren und nicht erst dann Protest anzumelden, wenn es bereits zu spät ist. Liberale und Sozialdemokraten, soweit sie Demokratie noch ernst nehmen, sind genauso zum Widerstand aufgerufen wie Sozialisten und Kommunisten. Bisher wenden sich Sozialdemokratie und Gewerkschaften nur dann gegen Unterdrückungsmaßnahmen, wenn Mitglieder ihrer Organisationen allzu offensichtlich betroffen sind. Wenn sich jetzt führende Funktionäre der sozialliberalen Parteien aus Anlaß der bevorstehenden Bundestagswahl von den Berufsverboten zu distanzieren versuchen, so dürfen wir uns dadurch in unserem Widerstand gegen Repression nicht beeinträchtigen lassen. Maßstab unseres Handelns können nicht Erklärungen von Parteien sein, sondern nur Veränderungen in der politischen Praxis.

Im Ausland wächst die Kritik an der politischen Repression in der BRD. Dort weiß man aus bitteren Erfahrungen, daß ein Land, das entschiedene Demokraten zu inneren Feinden aufbaut und dann verfolgt, auch nach außen eine reaktionäre Politik betreibt. Das westeuropäische Ausland fürchtet Vormachtansprüche der BRD und deren zunehmende Bestrebungen, demokratische Bewegungen - und damit insbesondere Kommunisten und Sozialisten - auch in anderen Ländern machtpolitisch abzublocken. Die westdeutsche Linke steht so in einer Front mit allen demokratischen Gruppierungen in Europa und in der Abwehr der politischen Unterdrükkung.

Der Kampf gegen politische Unterdrückung und ökonomische Ausbeutung wird nicht allein durch einen Kongreß geleistet. Die öffentliche Darstellung der vielen Formen von Repression, die breite Diskussion der Abwehrmöglichkeiten, eine öffentliche Manifestation gegen alle Unter-

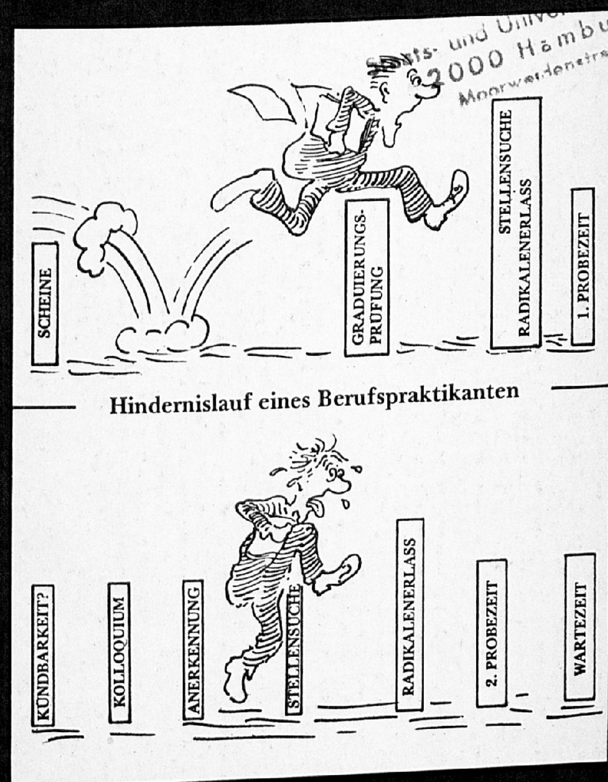
drückungsmechanismen und für Demokratie reichen nicht aus. Vielmehr können wir den verhängnisvollen Wirkungen der Repression nur dann entgegenarbeiten, wenn wir den Widerstand über diesen Kongreß hinaus organisieren. Deshalb war der Pfingstkongreß für uns nur ein Schritt im Prozeß der Organisierung der Gegenwehr gegen alle Formen der Repression:

- Aktive Arbeit gegen die Repression muß in erster Linie am jeweiligen Arbeitsplatz erfolgen, in der Information der Kollegen, in der Hilfe für Betroffene, Bedrohte, Ängstliche und nicht zuletzt in organisiertem Widerstand.
- Aktive Gegenwehr erfordert finanzielle Unterstützung der direkt und indirekt Betroffenen und Gefährdeten. Jeder, der über eine feste Berufsposition verfügt, ist aufgefordert, finanzielle Unterstützung zu leisten. - Wir geben mit diesem Kongreß die Gründung eines Solidaritätsfonds bekannt, aus dem Fälle besonderer Not, aber auch politische Aktivitäten gegen die Repression und Projekte selbstorganisierter "Rotarbeit" zu finanzieren sind. Aus dem bisherigen Spendenaufkommen der Anti-Repressionskampagne des Sozialistischen Büros werden als Grundstock 30 000 Mark in den Fonds eingebracht. Das ist nicht viel, aber es ist ein Anfang. Wir rufen auf zu einer Spendenaktion zugunsten dieses Solidaritätsfonds! - Gleichzeitig fordern wir die politisch Aktiven auf, sich in ihren überschaubaren Arbeits- und Wohnzusammenhängen so fest zu organisieren, daß sie Repressionsmaßnahmen gegen einzelne gemeinsam abmildern können.
- Aktive Bekämpfung von Repression und ihrer Folgen benötigt auch die politische Arbeit derjenigen, die durch Berufsverbote und andere Repressionsmaßnahmen aus dem Arbeitsprozeß hinausgeworfen wurden. Ihre Arbeitskraft kann der isolierenden und individualisierenden Wirkung von Berufsverbot und Arbeitslosigkeit entgegensteuern. Ihre Fähigkeiten und Arbeitskraft müssen zu einem Instrument der kollektiven Organisierung und Politisierung werden. - Wir rufen deshalb auf zur Initiierung solcher Vorhaben organisierter "Rotarbeit" wie Lern- und Freizeitprojekte für arbeitslose Schulabgänger, soziale Projekte in Stadtteilen, Schulungsprojekte für Arbeiterbildung, praxisbezogene Forschungsprojekte zur Situation der Arbeiterklasse in den verschiedenen Berufssektoren, Erarbeitung von emanzipatorischen Unterrichtsmodellen, Kulturarbeit usw.
- Aktive Bekämpfung der politischen Unterdrückung erfordert, daß repressive Maßnahmen in allen gesellschaftlichen Bereichen zugleich an die Öffentlichkeit gebracht werden, damit niemand noch einmal sagen kann, er habe von alldem nichts gewußt. Die Politik der Repression versucht mit allen Mitteln, die öffentliche Meinung für sich zu manipulieren. Deshalb müssen wir Gegenöffentlichkeit herstellen!
- Aktive Bekämpfung von Repression erfordert die Zusammenarbeit insbesondere mit der Linken in Westeuropa, da die Disziplinierung von Demokraten und Sozialisten in der Bundesrepublik auch sie bedroht. Wir rufen sie auf, mit uns gemeinsam gegen politische Unterdrückung und ökonomische Ausbeutung zu kämpfen!

DER NÄCHSTE SCHRITT IST ES, DIE AUF DEM PFINGSTKONGRESS GEWONNENEN ERFAHRUNGEN UND DIE HIER ENTWICKELTEN ARBEITSMÖGLICHKEITEN IN ALLEN BEREICHEN DER BUNDESREPUBLIK IN PRAKTISCHE POLITISCHE ARBEIT UMZUSETZEN! DIESER KONGRESS WAR NUR EIN ANFANG! SETZEN WIR GEMEINSAM DEN KAMPF GEGEN DIE UNTERDRÜCKUNG FORT!

SPENDEN FÜR DEN SOLIDARITÄTSFONDS sind zu überweisen an Sozialistisches Büro Offenbach, Postscheckkonto Frankfurt Nr. 295680-605 oder Girokonto bei Bank für Gemeinwirtschaft Offenbach, Nr.17413263 - Kennwort: SOLIDARITÄTSFONDS

INFORMATIONSDIENST SOZIALARBEIT



Hindernislauf eines Berufspraktikanten